

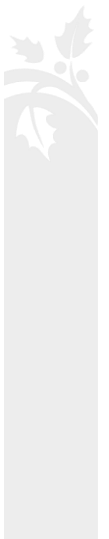


Plan for utvikling av legetenesta i Stord kommune

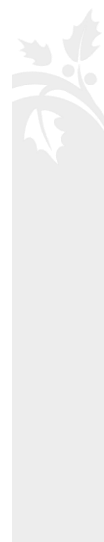
Temaplan 2020-2028
med Handlingsplan for 2020-2024

Innhold

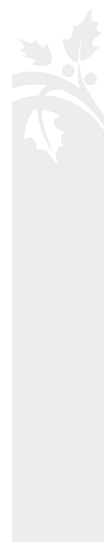
1. Innleiing	6
2. Samandrag	6
3. Rammer/innhald	7
3.1 Lover (ikkje utfyllande)	7
3.2 Sentrale forskrifter (ikkje utfyllande)	7
3.3 Sentrale dokument (ikkje utfyllande)	8
3.4 Internkontroll	8
3.5 Avtaleverk for fastlegar	8
3.6 Samband med kommunalt planverk	9
3.7 Handsaming og rullering	9
3.8 Forkortingar og definisjonar	9
4. Fastlegetenesta	10
4.1 Mål	10
4.2 Status	10
4.3 Kompetanse	11
4.4 Krav til spesialisering i allmenntmedisin	12
4.5 ALIS (allmennlege i spesialisering)	12
4.6 Resertifisering	12
4.7 Lokalisering og dimensjonering	13
4.8 Driftsform og finansiering	14
4.9 Rekruttering og vikarordningar	16
4.10 Rettleiing av LIS 1, studentar og lege i utdanningsstilling	16
4.11 Brukarmedverknad	17
4.12 Fastlegeordninga – utfordringar og tiltak	17
5. Anna allmenntmedisinsk legearbeid	20
5.1 Mål	22
5.2 Fordeling	23
5.3 Kommunale helseinstitusjonar og omsorgssenter	24



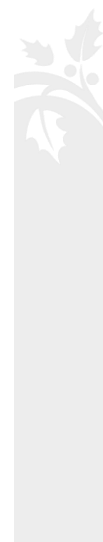
5.3.1 Status og kompetanse	24
5.4 Aktuelle problemstillinger	25
5.5 Helsestasjon	26
5.5.1 Status og kompetanse	26
5.5.2 Aktuelle problemstillinger	27
5.6 Skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom	27
5.6.1 Status	28
5.6.2 Aktuelle problemstillinger	28
5.7 Legeressurs for migrasjon og integrering	28
5.7.1 Status	29
5.7.2 Aktuelle problemstillinger	29
5.8 Lege i rus- og psykisk helseteneste	29
5.9 Legetenester til personar i bufelleskap	30
5.10 Frisk-liv og anna førebyggjande helsearbeid	30
5.11 Gruppebaserte tilbod og primærhelseteam	30
5.12 Oppfølgingsteam	31
5.13 Anna allmenmedisinsk legearbeid - utfordringar og tiltak	32
6. Samfunnsmedisinsk legearbeid	35
6.1 Mål	35
6.2 Status	35
6.3 Kommuneoverlegen si rolle og oppgåver	36
6.3.1 Lovpålagde	36
6.3.2 Ikkje lovpålagde	36
6.4 Avløysar og delegert mynde	36
6.5 Smittevern og infeksjonsførebyggjande arbeid	37
6.6 Beredskap	37
6.7 Miljøretta helsevern	37
6.8 Rådgjevarfunksjon	38
6.9 Folkehelsearbeid	38
6.10 Planarbeid, tilsyn, informasjon og førebyggjande arbeid	38
6.11 Samfunnsmedisinsk legearbeid – utfordringar og tiltak	39
7. Anna legearbeid	39



7.1 Kommunal	40
7.1.1 Rådgjeving i inntaksmøte	40
7.1.2 Rådgjeving i anna kvalitets- og utviklingsarbeid	40
7.2 Ikkje – kommunalt/interkommunal	40
7.2.1 Praksiskonsulent/praksiskoordinator.	40
7.2.2 Forsking	41
7.2.3 Utviklingsarbeid og samhandling	41
7.2.4 Kontrollkommissjonen	41
7.3 Anna legearbeid – utfordringar og tiltak	42
8. Legevakt og interkommunal døgnavdeling	43
8.1 Legevakt	43
8.2 Dag-legevakt og snøgghjelp på dagtid	44
8.2.1 Alarm (Dag-legevakt)	44
8.2.2 Anna snøgg hjelp på dagtid	44
8.3 Interkommunal døgnavdeling	44
8.3.1 Status	44
8.3.2 Aktuelle problemstillingar	45
8.4 Kompetanse	45
8.4.1 Legevakt	45
8.4.2 Interkommunal døgnavdeling	46
8.5 Øvingar	46
8.6 Legevakt og interkommunal døgnavdeling- utfordringar og tiltak	47
9. Samhandling	48
9.1 Samhandlingsstader	49
9.2 Informasjonskanal	49
9.3 Elektronisk samhandling i kommunen	49
9.3.1 PLO-meldingar	49
9.3.2 SAMPRO	49
9.3.3 HS-pro	50
9.3.4 BTI	50
9.4 Samarbeidsmøte	50
9.4.1 Ansvarsgruppemøte	50
9.4.2 Felleskonsultasjonar	50
9.5 Allmennlegeutvalet	51
9.6 Samarbeidsutvalet	52



9.7 Samhandling med helseføretaket	53
9.7.1 Samarbeidsavtale og tenesteavtaler	53
9.7.2 Fellesmøte mellom Helse Fonna/Stord sjukehus og fastlegar.	53
9.7.3 Kollegamøte	53
9.7.4 Dialogmeldingar	53
9.7.5 Områdemøte	53
9.7.6 Samhandling- utfordringar og tiltak	54
10. Organisering og leiing	55
10.1 Status	56
10.2 Generelt om leiing og fagleg innverknad	56
10.3 Overordna leiing og organisering av fastlegetenesta	56
10.4 Medisinsk-fagleg rådgjeving i fastlegetenesta	57
10.5 Leiing av fastlegetenesta	57
10.6 Leiing av fastlegekontor	58
10.7 Organisering og leiing- utfordringar og tiltak	58
11. Økonomi	61
11.1 Økonomi knytt til ulike driftsformer	61
11.2 Allmennt medisinske legearbeid i deltidstillingar	62
11.3 Rekruttering/stimuleringstiltak	62
12. Vedlegg	64
12.1 HANDLINGSPLAN 2020-2024	64



1. Innleiing

Kommunen har det overordna ansvaret for å tilby folk naudsynt allmennlegeteneste, jf. Helse- og omsorgstenestelova § 3-2. Kommunen skal utarbeida plan for legetenesta som skal rullerast og leggjast fram for Samarbeidsutvalet til uttale jf. ASA 4310 pkt. 6.2. Fastlegeforskrifta set organisatoriske krav til kommunen og funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen si verksemd. Det skal leggjast til rette for samhandling med andre kommunale tenesteutøvarar og med helseføretaka.

Slik fastlegeordninga er i dag vil auke i folketal gje auka trong for fastlegar for å stetta folke sine rettar. Krav til kompetanse i tenesta og etterspurnaden etter legetenester aukar hjå folk. Kommunen må såleis rekna med at det trengst fleire legar i høve til folketalet. Det er aukande vanskar med å rekruttera fastlegar og me må sikra at me held på dei legane me har. Det er såleis trong for ein plan som rettar seg framover og sikrar tilgjenge til, kompetanse og rekruttering i legetenesta.

2. Samandrag

Det er, for tida, vanskeleg å få legar til arbeid i kommunehelsetenesta. Planen legg vekt på tiltak som kan auka rekrutteringa. Dette er dels oppgåver for sentrale mynde, men kommunane kan og leggja tilhøva til rette på sitt vis.

Det vert tilrådd å auka LIS1 (tidlegare turnuslege) til 2 stillingar. Legetenesta bør vera med i «kom heim» tiltak som Stord kommune har nytta tidlegare for rekruttering. I tillegg vert det drøfta ulike tiltak på systemnivå og i samband med individuelle avtalar, som kan verka rekrutterande og stabiliserande i legetenesta.

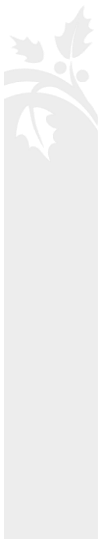
Planen opnar for at kommunen tek del i utvikling og utviding av eksisterande legesenter og samarbeid om etablering av nye i nært samarbeid med fastlegane. Det vert opna for drøfting av ulike tilknytingsformer frå rein næringsdrift til fastløn i pasientretta praksis. Tiltak for betre tilgjenge til fastlege og tilrettelegging for tverrfagleg samarbeid i kommunen der det trengst, er tilhøve som vert tekne fram.

Dei andre allmenntedisinske oppgåvene vert skisserte og vurderte i høve meir forpliktande avtalar, betra kvalitet, kompetanseheving og utviding til fleire område. Større stillingar for nokre av desse er eitt alternativ, vikarordningar og utvida vaktordning for sjukeheimslege eit anna.

Snøgghjelp på dagtid ligg til dei ulike fastlegane. Det vert tilrådd ei evaluering av korleis dette fungerer med tanke på framtidig endring.

Helsesamarbeid mot helseføretak vil krevja utvida deltaking frå primærlegane og kommunen må leggja til rette for det. Samhandling på tvers av ulike skiljeliner er viktige for kvalitet, kontinuitet og utvikling. Det verkar stabiliserande i høve tilgang på personell og kompetanse.

Organisering, leiing og mynde i allmennlegetenesta er oppdelt og lite tydeleg. Det vert tilrådd å arbeida for ei klargjering og setja av ulike ressursar til dette. Stetting og fordeling av samfunnsmedisinske oppgåver vert del av ein slik gjennomgang. Planen set fokus på nokre viktige område. Samarbeidsutvalet vert sentralt i prioritering av kva saker som bør løftast fram og ev. handsamast politisk.



3. Rammer/innhald

Fastlegeforskrifta regulerer legane og kommunen sitt ansvar i høve pasientretta verksemd og fastlegepraksis. Planen går såleis ikkje inn i tilhøve kring kvalitet, organisering og drift av praksis. Desse tilhøva er i stor grad sentralt regulerte.

Det er heller ikkje mogleg å leggja faste rammer i for ei drift som i vesentleg grad er privat næring og som skal vidareutviklast som dette.

Kvalitet, organisering og innhald i anna allmenmedisinsk arbeid er delvis teke med. Slik det er organisert i dag vert dette noko dei ulike einingane òg må ta stilling til. Det er opna for endringar og gitt råd knytt til forventa samfunnsutvikling.

Planen søkjer å fremja haldningar i samarbeidet, gje råd og føringar i høve utvikling og prioritering av tiltak på overordna nivå knytt til forventa endringar i helsetenestene.

Lover (ikkje utfyllande)

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Lov om pasient og brukarrettar

Lov om helsepersonell mv.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lov om smittevern

Lov om helsemessig og sosial beredskap

Spesialisthelsetenestelova

Folkehelselova

Sentrale forskrifter (ikkje utfyllande)

Forskrift om fastlegeordninga i kommunane m/legeforeininga si rettleiar og kommentarutgåve

Akuttmedisinforskrifta

Forskrift om pasientjournal

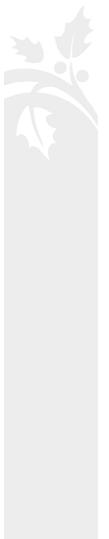
Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta m/Helsedirektoratet sin rettleiar til denne

Forskrift om heildøgns omsorg

Forskrift om helsestasjon og skulehelsetenester

LAR forskrifta

Forskrifter om miljøretta helsevern



Sentrale dokument (ikkje utfyllande)

St. meld 16 (2011 - 2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan

St. meld 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen»

St. meld. 26 (2014-15) «Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

St. meld. 19 (2014-15) «Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter»

Utviklingsplan for fastlegeordningen. DNLF mai -19

Evaluering av fastlegeordningen (EY og Vista analyse) sept.-19

Internkontroll

Den som har det overordna ansvaret for verksemda har og ansvar for at det vert etablert og gjennomført ei systematisk styring av aktivitetane og at medarbeidarane er med på dette jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Fastlegeverksemda er til vanleg eit privat og sjølvstendig rettssubjekt og styringssystem skal sikra at aktivitetane følgjer fastlegeforskrifta og andre deler av helse- og omsorgslovgjevinga. I kommunal verksemd har rådmannen det overordna ansvaret for internkontrollsystemet.

Avtaleverk for fastlegar

Sentrale avtalar

Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforeining om allmennpraksis i fastlegeordninga i kommunane ([ASA 4310](#))

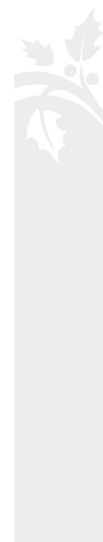
Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforeining om leger og turnuslegar i kommunehelsetenesta ([SFS 2305](#))

Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (ASA 4301)

Avtalane er ikkje juridisk bindande, og det er høve til å forhandle fram andre vilkår lokalt. Dersom det ikkje ligg føre lokale avtalar, vil dei sentrale avtalene gjelde.

Lokale avtalar

Kommunen gjer avtale med kvar einskild fastlege som startar i fastlegepraksis. ASA 4310 regulerer krav til avtalen for næringsdrivande legar. Avtalen skal innehalde opplysningar om listestorleik, opningstider, kollegial fråværsdekning og allmenntedisinske oppgåver/deltidsstilling, og vise til sentrale lover, forskrifter og rammeverk som fastlegen pliktar å rette seg etter. For næringsdrivande legar med kommunal deltidsstilling skal det i tillegg ligge føre arbeidsavtale som regulerer deltidsstillinga. Tilsette fastlegar skal ha arbeidsavtale i samsvar med arbeidsmiljølova sine reglar. Alle fastlegane er styrt av helse- og omsorgstenestelova og fastlegeforskrifta utan omsyn til driftsform.



Samband med kommunalt planverk

Plan for utvikling av legetenesta er ein temaplan under Plan for rehabilitering, helse- og omsorg i Stord kommune. Verksemda går inn i fleire einingar og har såleis samanheng med andre temaplanar.

Handsaming og rullering

Planarbeidet er kunngjort og nokre organ har fått direkte oppmoding om å gje tilbakemelding før det starta opp.

Ei arbeidsgruppe har laga utkast til plan.

Arbeidsgruppa har vore: Hovudtillitsvald, Allmennlegeutvalet v/2 fastlegar, SIL v/medisinsk fagleg rådgjevar, Brukarrepresentant v/folkehelsekoordinator, kommuneoverlege (prosjektleder og skriver)

Utkast til plan er sendt på høyring til dei same organa som fekk direkte oppmoding om å gje tilbakemelding under kunngjeringa.

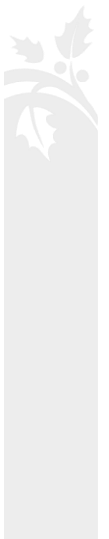
Merknader er samla og kommentert i politisk sak.

Dei fleste er innarbeidd i ferdig utkast til plan før denne er sendt til administrativ og politisk handsaming.

Planen skal rullerast kvart 4. år.

Forkortingar og definisjonar

RALIS	Allmennlege i spesialisering (=LIS-3)
LIS	Lege i spesialisering
LIS-1	Lege i spesialisering 1. ledd (tidlegare: turnuslege)
LIS-3	Lege i spesialisering (her: for spesialist i allmennmedisin=ALIS)
PKO	Praksiskonsulentordninga
SIL	Sunnhordland Interkommunale Legevakt
KAD	Kommunale akutte døgnplasser
IDA	Interkommunal døgnavdeling (KAD + Observasjons-/korttidsplasser)
SSH	Stord sjukeheim
MARIS	Medikamentassistert rehabilitering i Stord
PROBIS	Prosjekt bustadretteiing i Stord
FOUSAM	Forskings- og utviklingssamarbeidet (Helse Fonna/Høgskulen Vestlandet/kommunane)
HELFO	Helseforvaltinga (statleg)
KKL	Kommunal kriseleiing
DNLF	Den norske legeföreining
ASA 4310	Rammeavtale om fastlegeordninga
ASA 4301	Avtale om økonomiske vilkår
SFS 2305	Sentral forbundsvis særavtale om legar i kommunehelsetenesta



4. Fastlegetenesta



Mål

Fastlegeordninga i Stord skal til ei kvar tid stetta gjeldande krav i lov og forskrift. Det skal leggjast til rette for ei god utvikling og leiing av ordninga. Den skal innfri folk sine rettar og behov for legetenester i samtida. Kommunen og fastlegane skal leggja til rette for god samhandling mellom tenestene til beste for dei som treng desse.

Status

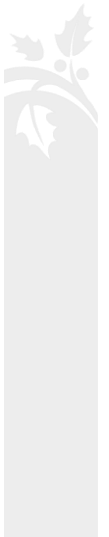
Stord kommune har hatt ein jamn folkevekst fram til siste året og folketalet er om lag 18700 (årsskiftet -18/-19)

Stord kommune har 20 fastlegelister med samla kapasitet på 20135 personar. Det er til saman 90 ledige plasser hjå 5 legar, men samstundes er det 242 på venteliste hjå 12 andre legar. 3 legar har ikkje opning for venteliste og nokre ligg godt over listetaket dei har sett slik at desse listene i praksis er stengde for nye personar.

Stord har årleg i ei netto overføring av basistilskot frå andre kommunar som svarar til at om lag 1000 personar busett i andre kommunar har fastlege i Stord.

Det er for tida 2 delelister med tanke på framtidig pensjonering, slik at her er plass for 22 fastlegar i teneste.

Det er i tillegg oppretta ei utdanningsstilling (ALIS) med kapasitet på 700 personar frå sommaren 2019.



Stord kommune har og fast plass for LIS-1 lege (tidlegare tunuslege).

Aldersfordeling fastlegar frå 01.01.19:

31-40 år: 8 legar + 1 ALIS frå sommaren -19

41-50 år: 6 legar

51-55 år: 1 lege

56-60 år: 2 legar

61-65 år: 3 legar

66-70 år: 2 legar

Me må rekna med at 6-7 legar pensjonerer seg innafor dei næraste 10 åra. 2 av desse vil har etablert deleliste. Det må, ut over dette, rekrutterast inn ein ny lege kvart 1.-2. år i gjennomsnitt.

Dei legane som sluttar, har gjennomsnittleg store lister. Me må såleis rekna med at det samla trengst fleire legar enn talet på dei som sluttar, for å gje tilfredsstillande tilbod om fastlege til folk i Stord. Mange yngre legar ønskjer seg meir normal arbeidsveke og tid til familie. I tillegg vil folkevekst gje auka behov og anna allmenntedisinsk og samfunnsmedisinsk arbeid vil krevja fleire legar.

Kommunen må i alle høve vere budd på at utviklinga kan føre til trong for fleire legar enn det som endring i folketalet tilseier.

Fastlegekonsultasjonar pr. person kvart år:

	2015	2016	2017
Stord	2,65	2,80	2,74
Bømlo	2,91	3,01	3,08
Landet u/Oslo	2,68	2,70	2,74
Kostra-gruppe 11	2,85	2,83	2,90

Kompetanse

Det er 12 fastlegar som er spesialistar i allmenntedisin i Stord kommune og fleire er i gang med spesialisering.

Det er no eit krav at alle legar som vert tilsette som fastlegar skal vera spesialistar i allmenntmedisin eller vera under spesialisering. Det er og` eit krav at første del av spesialiseringa skal vera LIS-1, tilsvarande tidlegare turnuslegestilling. Det er såleis ikkje mogleg for legar med norsk autorisasjon å starta spesialisering utan gjennomført LIS-1 i Norge.

Planen rår til å auka tal på LIS-1 til 2 stillingar i Stord kommune. Dette kan vera eit godt rekrutteringstiltak med tanke på å få fleire fastlegar eller legar til Sunnhordland.

Krav til spesialisering i allmenntmedisin

Det kom nye Spesialistreglar frå 1.3.2019.

Det er krav om 5 års teneste etter gjennomført turnus for å verta spesialist i allmenntmedisin. 4 år skal vere i allmenntpraksis, men inntil 2 år kan erstattast av teneste i sjukeheim/bustad med heildøgns pleie, eller i kommunal snøgg-hjelps avdeling, eller inntil 1 år av forskning. Minimum 2 år må i alle tilfelle vera i open praksis, privat eller offentleg. ½ år skal vere praksis ved klinisk sjukehusavdeling eller poliklinikk. I tillegg er det krav om kurs og deltaking i 2-årig strukturert gruppebasert rettleiing og besøk i praksis til kollega/ta i mot besøk i eigen praksis. Godkjenning som spesialist i allmenntmedisin gjev tilleggsrefusjon frå Helfo ved pasientbehandling.

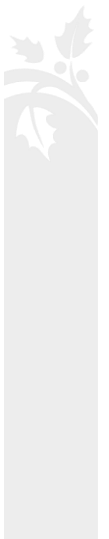
For legar som har fått avtale om klinisk stilling etter 01.03.17 skal det i tillegg gå fram av avtalen at legen pliktar å gå inn i eit strukturert utdanningslaup for å verta spesialist i allmenntmedisin. Det må vera tilbod om rettleiar som er spesialist i allmenntmedisin i utdanningsperioden.

ALIS (allmenntlege i spesialisering)

Det er starta prosjekt med faste utdanningsstillingar for legar i spesialisering i allmenntmedisin (ALIS). Føremålet er å få ei godt strukturert utdanning, og å sikra rekruttering til fastlegeheimlane og andre allmenntmedisinske oppgåver i kommunane. Stord kommune har teke del i eitt av desse (ALIS-VEST) frå 1.9.17. Bergen kommune har ansvar for å leia prosjektet. Sjølve utdanningslaupet er over 5 år. Legen blir tilsett med fast løn og er med å utarbeida ein utdanningsplan for heile perioden. Legen skal i løpet av dei 5 åra vere innom ulike allmenntmedisinske oppgåver og ha eit år med klinisk arbeid i sjukehus.

Resertifisering

Det er krav om resertifisering kvart 5.år for å halde på retten til tilleggsrefusjon grunna spesialistkompetanse. Krava er mellom anna praksisbesøk, kollegabasert smågruppeverksemd og kurs, i tillegg til teneste.



Lokalisering og dimensjonering

Stord kommune har 5 legesenter:



Stord legesenter

Stjerneblokka, Heiane
3 legar



Heiane legesenter

Ringvegen, Heiane,
7 legar og LIS 1 lege



Landsbylegane

Torgbakken, Leirvik
5 legar (inkl. 1 liste utan lege, vakant)



Øyo legekantor

Meierikvartalet, Leirvik
4 legar

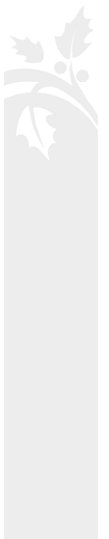


Leirvik legekantor

Bandadalen, Leirvik
4 legar (inkl. 1 deleliste)

Små einingar er sårbare ved sjukdom, permisjonar eller når ein lege sluttar. Kontor med to til tre legar er og sårbare i høve hjelpepersonell. Stadig skifte av legar fører til mangelfull kontinuitet i oppfølginga av sjuke, med fare for feil. Ein bør, så langt det let seg gjera, unngå bruk av korttidsvikarar.

Fagleg sett er det best med større, sterke fagmiljø ved legekantora. Det gjer det mogleg å sikre kontinuitet, internkontroll og kvalitetsarbeid, naudsynt internundervisning i tillegg til kollegial støtte og supervisjon ved trong, både for legar og medarbeidarar. Eit moment som trekkjer i motsett retning er folk sitt ønskje om lett tilgang til legetenesta. Legesenter i nærmiljøet vert opplevd som tryggleik og kjensle av likeverd. Avstand og dårleg tilrettelagd offentleg kommunikasjon gjer sentraliserte tenester mindre tilgjengelege for barn, unge, eldre og vaksne utan bil.



Legeforeininga rår til at det vert lagt til rette for større legekontor med i alle fall 4 til 6 legar. Kommunen bør halda fram med å stimulera til samling av legar i noko større einingar.

Det har tidlegare vore legesenter i Sagvåg og det er kome fleire innspel om å få dette etablert på nytt. Slik strukturen er no har det vist seg umogleg å få dette realisert.

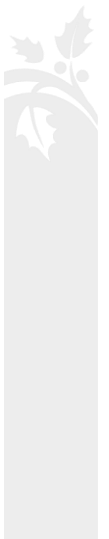
Driftsform og finansiering

Finansiering av fastlegepraksis er sett saman av tilskot knytt til listestorleik, eigenandelar betalt av pasientane og refusjonar frå Helfo. Fastlegane/kommunen får ei basisgodtgjering basert på tal innbyggjarar på den einskilde legen si liste. Storleiken på basisgodtgjeringa vert fastsett i statsavtalen og overført i rammetilskotet. Godtgjeringa vert utbetalt av kommunen.

Stord kommune har pr. 2019 tre ulike typar avtaler med fastlegane:

1. Næringsdrift der legane sjølv eig praksisen og har ansvar for drift og økonomi, og har arbeidsgjevaransvar for dei tilsette.
2. Næringsdrift der legane delvis leiger personell av kommunen og kommunen er arbeidsgivar for nokre av dei tilsette. Legane betaler leige svarande til utgiftene for desse. Legane har administrative ansvaret for drifta, jf. type 1. Kommunen leiger seg inn i denne, jf. type 3.
3. Fastlønsavtalar for fastlegar. Kommunen er arbeidsgivar for desse og skaffar arbeidsstad. Kommunen betaler ikkje ut basistilskotet, får refusjonane frå helseforvaltninga (Helfo) og eigendelane som delvis dekking av løns- og leigeutgiftene.

Det ligg føre lokale avtalar i høve drifta etter type 2 og 3 med reglar for vidareføring og oppseiing. Alle fastlegeavtalane har oppseiingsfrist på 6 månader.



Driftsform	Føremonar	Ulemper
Heilprivat næringsdrift	<p>For legane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styring av eiga verksemd 2. Tilsetjing av eige personale, 3. Styring med faglege prioriteringar, utstyr m.m. 4. Mogleik for større inntening ved høgare «produksjon» <p>For kommunen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inga kostnad utover kommunale deltidsstillingar og basistilskot 2. Slepp arbeidsgjevaransvar for hjelpepersonell 3. Slepp driftsansvar 4. Høgare pasientlister og «produksjon» (men samansette grunnar for dette) <p>For innbyggjarane:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kan vera kortare ventetid/betre kapasitet 	<p>For legane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidsgjevaransvar 2. Administrasjon av praksis 3. Dårlegare pensjonsordning 4. Red. sjukefråværsdekning <p>For kommunen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avgrensa mogleik til å tilsette i større allmenntid. deltidsstillingar 2. Mindre oversikt over kompetanse og kvalifikasjonar 3. Mindre mogleik for styring av ressursar mellom kommunale oppgåver/deltidsstillingar <p>For innbyggjarane:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kan vera mindre høve til å påverka utviklinga av tenesta
Næringsdrift med leigeavtale (dette har me ikkje i Stord kommune pr. d.d.)	<p>For legane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meir individuell styringsrett 2. Slepper arbeidsgjevaransvar for hjelpepersonell 3. Mindre administrasjonsarbeid 4. Faste utgifter <p>For kommunen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Slepper pensjonsutgifter til legane 	<p>For legane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dårlegare pensjonsordning 2. Red. sjukefråværsdekning 3. Mindre påverknad på drift og personellressursar <p>For kommunen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunen må dekke uføresette utgifter 2. Arbeidsgjevaransvar for hjelpepersonell
Fastlønnsavtale	<p>For legane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kjent inntekt inkl. feriepengar 2. Permisjonsrettar 3. Pensjonsavtale 4. Ordningar ved eigen eller barns sjukdom 5. Høve til meir ordna arbeidstid <p>For kommunen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lettare å rekruttere legar 2. Betre kontroll på kompetanse og utdanningslaup 3. Betre styring av kommunale allmenntid. oppgåver ved tilsetjing, vikarordning 4. Betre styring av lokalisering <p>For innbyggjarane:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbodet kan lettare tilpassast innbyggjarane sine behov • Kan leggja til rette for familiar med låg inntekt familiar t.d. og folk utan fulle rettgar i samfunnet 	<p>For legane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forventning om å vere disponibel til andre oppgåver enn pasientarbeid 2. Mindre styring over eiga arbeidstid <p>For kommunen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensjonskostnader 2. Mindre stabilitet - lettare å slutte enn dersom legen eig praksis 3. Færre listepasientar- trong for fleire legar dersom regulert arbeidstid 4. Truleg færre pasientar pr. dag

Den einskilde fastlegen har først og fremst plikter i høve innbyggjarane på lista si. Dette gjeld utan omsyn til finansieringsform. Fastlegeforskrifta krev at legen skal ha naudsynt kapasitet til å dekke alle allmennlegeoppgåver innafor somatisk helse, psykisk helse og rusliding. Det gjeld og snøgghjelp i opningstida, heimebesøk, koordineringsansvar og deltaking i tverrfagleg samarbeid. Legen må yte desse tenestene etter forskrifta utan omsyn til kva lokal avtale som ligg til grunn for drifta. Listelengde må difor vere tilpassa forventning om arbeidstid og andre oppgåver som legen skal utføre. Legevakt har til no

vore i tillegg til full jobb som fastlege. Det vert drøfta sentralt å ta tid til legevakt inn i normalarbeidsveka i framtida. Legane har plikt til kollegial fråværsdekning.

Pasientadministrativt arbeid kan om ønskeleg og etter avtale, utøvast frå heimekontor, men fastlegeordninga er ikkje lagt til rette for kveldsopne legekontor. For nokre innbyggjargrupper ville dette gjera tenesta meir tilgjengeleg, særleg ved trong for følgje.

Det er tariff-festa ordningar for heimebesøk ved tilhøve der dette er naudsynt. Mange fastlegar nyttar dette som reiskap, men folk kjenner truleg for lite til at dette er mogleg.

Det kan vera ei svært nyttig arbeidsform i samhandling med Heimebaserte tenester sitt tilbod.

Rekruttering og vikarordningar

Det trengst ½ års praksis på sjukehus for å stetta krav til spesialitet i allmenntidisin. Det gjer at alle leger som ikkje har praksis frå sjukehus frå før utover turnus/LIS1-stilling, må vera borte frå praksis i ½ år for å innfri dette. Det vil vere trong for vikarar i fastlegepraksis. I tillegg kjem vikarbehov ved fødselspermisjonar, sjukefråvær og ledige fastlegeheimlar. Kommunen må vera med på å leggja tilhøva til rette for dette, gjennom avtale med helseføretaka og tilgjenge på vikarar.

Det er ein aukande tendens, på landsbasis, til at erfarne legar sluttar i fastlegepraksis. Dette kjem i tillegg til at gjennomsnittsalderen for fastlegar stig og såleis ein større del nærmar seg pensjonsalder. Kommunane må vera budde på at det vert konkurranse om eit avgrensa legetal som skal fylla inn etter dei som sluttar. Det trengst truleg stimuleringsordningar som gjer at fastlegane held fram i tillegg til rekrutteringsordningar ut over det som vert sentralt regulert. Personellmangel der det er kompetansekrav gjev grunnlag for utvikling av lokale løysingar.

Fastløna legar får dekt ein del av utgiftene og har rett til løn under fråver/tid til spesialisering og vedlikehald av spesialitet.

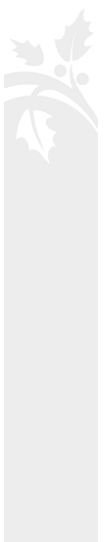
Lege med relevant spesialitet som er tilsett i minimum 40 % stilling, har rett til 4 månader utdanningspermisjon med lønn for kvar 5-årsperiode.

Næringsdrivande legar får ikkje dekka slike utgifter og det er ikkje reglar for opptening av permisjon på lik line med fastløna fastlegar som er spesialistar. i faste stillingar.

Fastlegane kjem i høyringa med framlegg om å etablere ei ordning der teneste ut over ei viss tid gjev opparbeiding av rett til utdannings/studiepermisjon m/vikar, slik tilfellet er for legar i sjukehus.

Rettleiing av LIS 1, studentar og lege i utdanningsstilling

Kommunen har ansvaret for praksis til LIS1 (turnuslegar) i kommunen. Kommunen og ein fast lege kan gjera avtale om slik praksis og rettleiing av LIS1. Rettleiing vert godtgjort med 3t/veke.



Legar kan ta imot medisinske studentar i sin praksis. Det påverkar ikkje avtala med kommunen.

Legar som har krav om å spesialisere seg i allmenntmedisin, skal ha rettleiing gjennom heile utdanningslaupet. Rettleiinga vert rekna som anna allmenntmedisinsk arbeid med løn frå kommunen som deltidsstilling.

Brukarmedverknad

Brukarmedverknad både på individ- og systemnivå har stort fokus frå sentrale mynde og er noko kommunen ønskjer skal styrkast. Individuell brukarmedverknad i fastlegeordninga er hovudsakleg i møtet mellom lege, pasient og ev. pårørande. Det er lite erfaring med brukarmedverknad på systemnivå der ein nyttar pasienterfaringar i kvalitets- og utviklingsarbeid gjennom dialogmøter eller arbeidsgrupper. Spørjeundersøkingar og andre tilbakemeldingar kan gje nyttig grunnlagsinformasjon i utviklingsarbeid. Det er ønskeleg at det vert samarbeidd mellom kommunen og fastlegane om system for måling av brukarmedverknad og i kva grad folk er nøgde med tenestene. Folk med framandspråkleg bakgrunn er ein del av dette.

Fastlegeordninga – utfordringar og tiltak

Det må vurderast lokalisering og storleik på fastlegekontora i framtida, basert på demografisk utvikling, rekruttering, fagleg kvalitet og tilgjenge/kommunikasjon og sosial utjamning av tilbodet. Det må takast med at overføring av oppgåver frå helseføretaka til kommunane kan krevje lågare listelengde og dermed fleire legar for same folketalet. Fastlegane har no i gjennomsnitt arbeidstid på over 55 t/veke. Meir ordna tilhøve med tid til familie og fritid er eit krav. Tal personar på fastlegelistene vil verta reduserte. Ein gjennomsnittleg reduksjon på 100 for kvar lege vil gje trong for 2-3 nye legar i Stord.

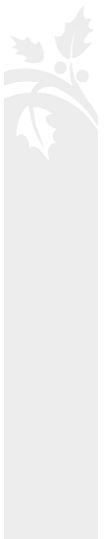
Sosiale skilnader i helse er ei stor utfordring for folkehelsearbeidet. Organisering av legetenesta må sørgje for likeverdige tenester som møter ulike behov og verkar mot sosiale skilnader i tilgjenge og bruk. Oppgåvene kan krevja andre faggrupper som sjukepleiarar knytt til fastlegekontora, jf. punkt 5.11. Det er vanskeleg å tenkja seg at det vil gje redusert trong for legar, men ei endring av tilbodet ved fastlegekontora.

Det er viktig å syta for nok kontorkapasitet, slik at det er plass til framtidige fastlegar, til LIS-1 legar og medisinske studentar.

Det vert tilrådd å auka til 2 stillingar for LIS-1 som eitt av rekrutteringstiltaka for å få fleire fastlegar.

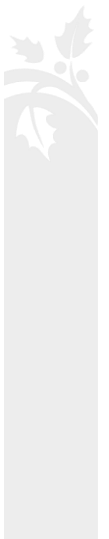
Fastlegekontora si lokalisering og storleik må vurderast i samanheng med andre tenester i rehabilitering, helse og omsorg med tanke på effektiv ressursutnytting og samhandling. Det må og takst omsyn til senterutvikling og kvar folk bur og er i det daglege. Politisk har det vore framlegg om eit nytt legekantor i Sagvåg når legar sluttar eller nye kjem til. Det er kome fleire innspel og høyringsuttalar om slik lokalisering. Legesenter i alle krinsar er og etterlyst. Dette må i tilfelle samsvara med erfaringa og tilrådingar frå fagmiljø om at eit legesenter bør samla minst 4 legar i full tids praksis.

Fastlegane meiner at om kommunen sterkare vil styra lokalisering bør dette verta gjennom å tilby kontor til leige eller kjøp. I så tilfelle må det ikkje vera under 4 legar knytt til praksisen.



Legane ved dei ulike legekontora bør vere deltakarar i prosessen med val av utstyr til legekontor og inkluderast og informerast med omsyn til kompetansebehov ved legekantoret. Sjå elles kap. 10 (organisering og leiing) om faglege oppgåver, prioriteringar og ansvar ved det einskilde legekantor.

Det er, for tida, truleg lettare å rekruttere fastlegar til fastlønstillig heller enn avtale om næringsdrift. Omgjering av driftsform må gjerne vurderast ved rekrutteringsvanskar, i det minste mellombels. Om legar seinare ønskjer overgang frå fastlønstillig til næringsdrift, bør det vere opning for å drøfte det. Det kan og vera aktuelt at ein lege tek over ei liste utan vederlag, men då må det gjerast avtale om at det ikkje kan krevjast kompensasjon for «goodwill» ved eventuelt sal av lista. Om kommunen kjøper ut lege ved omgjering til fastlønstillig, må kommunen kunne selje for tilsvarande ved evt. omgjering tilbake til privat praksis.

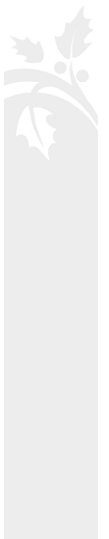


Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering m/vurdering
Rekruttering og kompetanse	<p>Fastlegar skal vera spesialistar i allmenmedisin eller i spesialisering for dette.</p> <p>Etablering av utdanningsstillingar krev avgrensa pasientliste, definerte rammevilkår og erfaren vegleiar.</p> <p>Vanskeleg å rekruttere legar med gjennomgått turnus (LIS-1), krav om det frå 01.03.19.</p> <p>Legar ventar på plass for LIS1</p> <p>Byggja lokalt omdøme i høve fastlegeordninga</p>	<p>Arbeidsavtalar må ta høgde for desse krava</p> <p>Lage driftsavtale for tilpassa utdanningsstillingar ved aktuelle legesenter</p> <p>Samarbeide med lokalsjukehus og nabokommunar om utdanningsstilling i sjukehus</p> <p>Legge til rette for praksis for LIS-1 og medisinske studentar</p> <p>Opning for ekstra LIS1</p> <p>«Kom heim» samarbeid ev. med andre aktuelle</p> <p>Sende skriv</p>	<p>vert gjort i dag</p> <p>kostnad pr. lege ved tilsetting/avtale</p> <p>er sett i verk</p> <p>vert gjort</p> <p>Utviding gjev auka kostnad</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Teke til handlingsplan</p>
Lokalisering og dimensjonering av legekontor og organisering av oppgåver	<p>Sårbart med små kontor.</p> <p>Lite reservekapasitet.</p> <p>Sosiale skilnader i bruk har samanheng med tilgjenge</p>	<p>Utgreie alternative løysingar for nytt legekontor i Sagvåg når legar sluttar/nye kjem til.</p> <p>Sjå fastlegetenesta i samanheng med omsorgstenesta, mellom anna m.o.t. etablering av bustadar med heildøgns omsorg</p> <p>Følgje med i senterutvikling med tanke på (re)organisering av fastlegekontor</p> <p>Kontinuerleg haldningsdrøfting slik at dei rette personane kjem til hjå fastlegen og nyttar denne</p> <p>Auka fokus</p>	<p>Minst 4 legar må vera interesserte – avventa</p> <p>Lite aktuelt no</p> <p>Er sett i verk</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Teke til handlingsplan</p>
Driftsform og finansiering	<p>Mangelfull rekruttering til næringsdrift når slik vert ledig</p>	<p>Omgjering av driftsavtale til fastløn, gjerne mellombels, dersom ein ikkje får rekruttert nye legar</p> <p>Nye fastlegar får fastlønsavtale</p> <p>Følgje med på utvikling nasjonalt som kan tilpassast og ha innverknad lokalt</p>	<p>Budsjett/kostnad</p> <p>Investering</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Tilgjengeleg kontorfellesskap</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Forventa endringar sentralt frå 2020 Teke til handlingsplan</p>

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering m/vurdering
Vikarbehov	<p>Rekrutteringsvanskar</p> <p>Vikar ved sjukdom og fødselspermisjon</p> <p>Spesialisering krev ½ år med praksis i sjukehus.</p>	<p>Sikre mogleik for spesialisering for vikarar m/retteiing</p> <p>Lokalt samarbeid og ordning som sikrar vikar</p> <p>Samordne planlagt permisjon mellom LIS-legar og andre for å rekruttere langtidsvikar</p> <p>Interkommunal ordning og avtale med føretaket</p>	<p>v/langtids-vikarar</p> <p>Er sett i verk</p> <p>Er sett i verk</p> <p>Er sett i verk</p>
Med-arbeidarar	<p>Tett samarbeid og fordeling av oppgåver viktig for effektivitet og kvalitet i fastlegekontor og mellom kontor</p>	<p>Mest mogleg stabile medarbeidarar</p> <p>Styrke modellar for samhandling internt ved det einskilde legekontor, jf. kap. 10</p> <p>Vurdere samla kompetanse og kompetansebehov ved nye stillingar</p>	<p>Dei einskilde praksisane ansvar for dette</p>
Vegleing	<p>LIS-1 og LIS-3 legar skal ha vegleing av godkjent vegleiar og oppfylle spesifikke mål for læring</p>	<p>Gjere avtale med lege som vegleiar ved kontor som har lege i utdanningsstilling</p> <p>Utarbeide omtale for vegleing som fyllar nasjonale krav</p>	<p>Er sett i verk</p> <p>Under arbeid</p>
Fastlegar som sluttar	<p>Legar som oppnår pensjonsalder</p> <p>Ordningar som gjer at legar ikkje sluttar før pensjonsalder</p>	<p>Leggja til rette for tilpassa ordningar ved etablering av delelistar</p> <p>Opparbeiding av rettar til utdanningspermisjon med vikarordning</p>	<p>Er sett i verk</p> <p>Drøftast ev. ved seinare rullering av planen</p>

5. Anna allmenmedisinsk legearbeid





ASA 4310 pkt. 12.1:

«Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmennt medisinsk legearbeid begrenset til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet. Pålegg kan bare skje med kommunen eller interkommunalt selskap (IKS) som arbeidsgiver, evt. avtalemotpart, jf. 12.4-5.»

Allmennt medisinsk legearbeid er ein del av fastlegearbeidet. Det gjeld m.a. lege i institusjonar, helsestasjons- og skulelegeteneste. Kommunen og legane har ei felles interesse i at rekruttering til dette legearbeidet vert gjort ut frå kompetanse og interesse for arbeidet. Ledig offentleg legearbeid skal kunngjerast og lysast ut internt. Om ingen søker på stillinga, kan kommunen nytta pålegg, men oppgåvene bør då fordelast mest mogleg likt på fastlegane.

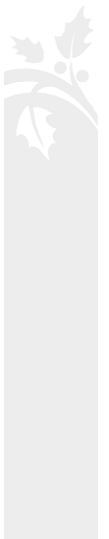
ALIS-stillingane skal i utgangspunktet ha 20% kommunalt allmennt medisinsk arbeid.

Fastlegane representerer ein viktig fagleg ressurs. Fastlegane som gruppe har brei kontaktflate i befolkninga, og har mykje kunnskap om dei utfordringane som pasientane deira møter i ulike samanhengar. Legane som gruppe har den høgaste medisinske kompetansen i kommunen.

Stord kommune har tidlegare lyst etter sjukeheimslege (50%) og lege med samfunnt medisinske oppgåver (100%) utan at det er kome kvalifiserte søkjarar.

Proessen har opphav i at fastlegane ønskte redusert offentleg arbeid. Dei tillitsvalde ønskte at sjukeheimsarbeid og samfunnt medisin skulle verta større stillingar med tanke på kvalitet og vidareutvikling. Dette er organisering som styresmaktene tilrår, gjerne gjennom interkommunale ordningar. I praksis er rekruttering til slike større funksjonar eit problem, slik me har opplevd i Stord kommune. Dette kan endra seg.

Det er viktig for kvaliteten i tenestene at ein rekrutterer engasjerte legar. Ein må arbeide for vilkår som gjer at det å ta på seg offentlege allmennt medisinske oppgåver står fram



som attraktivt. Dette krev høve for kompetanseheving og fagutvikling, i tillegg til økonomiske vilkår jamstilt med det som gjeld fastlegepraksis.

Fastlegane meiner at allmennlegar finn interesse for og vert engasjerte i mest eitkvart av desse fagfelta, dersom dei får tilfredsstillande arbeidsvilkår og høve til fagleg utvikling. Stillingane bør vera på minst 20% og økonomisk kompensasjon som i pasientretta fastlegepraksis.

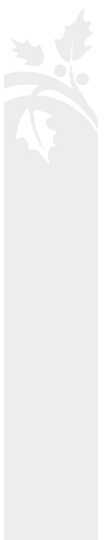
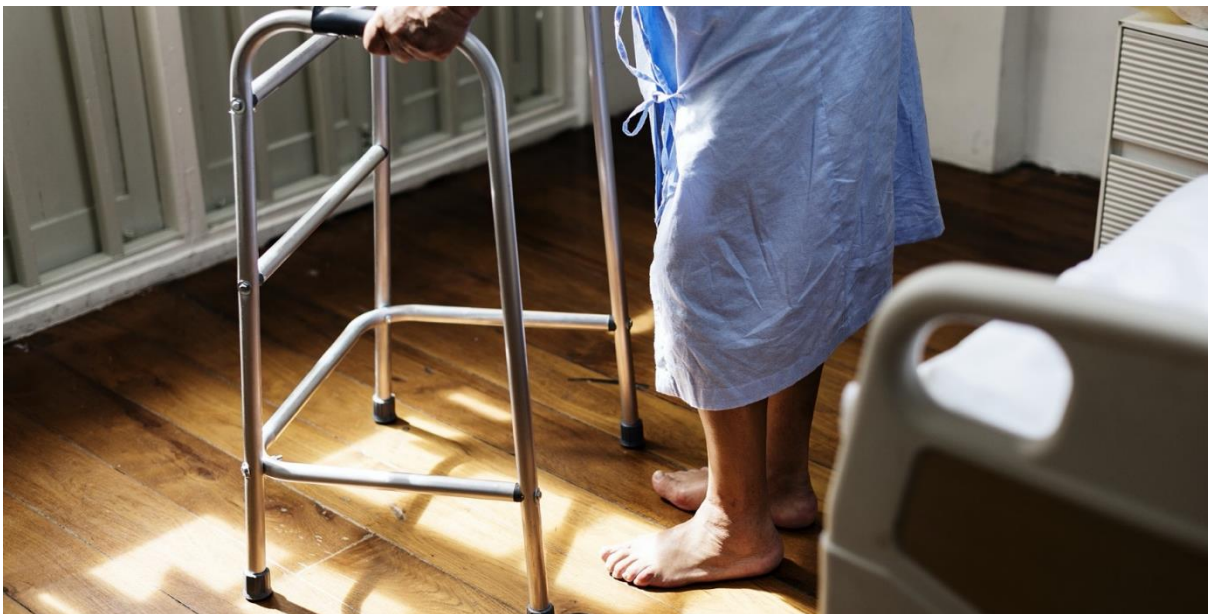
Stord har i dag ikkje personell som kan gå inn i desse funksjonane på ein slik måte. 4 fastlegar delte i mange år dei samfunnsmedisinske oppgåvene. Smittevern-arbeidet er mellombels overført som tilleggsoppgåve for ein av desse, leiing av legevakta er overført til interkommunalt føretak. Deltidsstillingar som sjukeheimslege må truleg halda fram trass i at fleire ønskjer fritak. Sjukeheimstyttrar ønskjer avklaring på tilhøva framover i høve årleg utvida tal på sjukeheims plasser. Det ligg til rette for over 50% sjukeheimsoverlege i tillegg til vidareføring av nokre deltidstillingar.

Samarbeidsutvalet må drøfta kva mål ein skal ha for det offentlege arbeidet i kommunen og strategi for å oppnå desse. Inntil strategi er utforma må legane og kommunen verta einige om mellombels løysingar som kan gje dei tilsette meir langsiktige avtalar å halda seg til. Varsel om endringar er lite konstruktivt dersom dei dreg ut i tid, slik dei har gjort i samband med mangel på søkjarar til utlyste funksjonar.

Mål

Stord har legar til allmennt medisinsk arbeid som yter gode tenester med grunnlag i faglege tilrådingar og med naudsynt kapasitet og kontinuitet som sikrar dette. Legane tek del i tverrfagleg arbeid og fagutvikling og har høve til oppdatering av kunnskap innanfor sitt allmennt medisinske arbeidsfelt.

Legane kjem med informasjon og erfaringskunnskap til kommunen sitt utviklingsarbeid, jf. lovpålagd krav om folkehelseoversyn.



Fordeling

Fordeling av kommunale allmenntedisinske oppgåver i Stord

Pr. mai 2019	Offentleg oppgåve	Delstilling %
Lege 1	Legearbeid omsorgssenter (OH)	17,33
Lege 2	Legearbeid institusjon (ØN)	16
Lege 3	Legearbeid institusjon (AAa)	16
Lege 4	Legearbeid institusjon (HCT)	16
Lege 5	Legearbeid institusjon (LHS)	14
	Legearbeid institusjon	16
	Legearbeid kommuneoverlege	70
Lege 6	Helsestasjon (TB)	16
Lege 7	Helsestasjon (FVJ)	16
Lege 8	Helsestasjon (KB)	8
Lege 9	Helsestasjon (ESB)	16
	Rettleiing LIS – 3/ALIS	5,33
Lege 10	Helsestasjon for ungdom (LGKS)	9,33
Lege 11	Rettleiing LIS -1 (IA)	8
Lege ALIS	Skulehelse (ITD)	10
Lege 12 (deleliste)	Rettleiing LIS -3 (GS)	5,33 pr lege under vegleiing (p.t 0)
Lege 13	Rettleiing LIS -3 (HV)	5,33 pr lege under vegleiing (p.t 0)
Lege 12 (deleliste)		p.t. vakant
LIS – 1	Lege skulehelseteneste (LIS-1)	16
Lege 14	Arbeidsmedisin (BW)	
Lege 15	Arbeidsmedisin (HH)	
Lege 16	Praksiskonsulent (ERL)	
Lege 17 (deleliste)	Forsking i allmenntedisin (DSN)	
Lege 18	Forsking i allmenntedisin (KM)	
Lege	Lege medisinsk fagleg rådgjevar legevakt (vakant)	30 (p.t. 0 – overført SIL)
Lege 19	(EMB)	
Lege 20	Skulehelseteneste (KS)	10

Lege 21	(KGB)	
Lege 17 (deleliste)	(OJK)	
Lege	Smittevern/rådgjeving migrasjon/vikar kommuneoverlege (vakant)	16 (p.t. 0)
Lege	Lege rådgjeving ROP/vikar kommuneoverlege/sekr. SU/vikar smittevern (vakant)	20 (p.t. 0)
Lege	Vaktordning IDA (EMB)	8 (3-4 legar)
Lege (ekstern)	Helsestasjon for ungdom (AME)	1,25
Alle fastlegane	Deltaking tverrfagleg/allmennlegeutval m.m.	2,67 % x tal fastlegeavtalar (21), d. v. s. kring 60%

Fastlegane er stort sett disponerte til ulike allmenntilleggslege og andre oppgåver som er vurderte som viktige, men fordelinga er noko ulik. Potensialet er om lag 5.5 stilling inkludert medisinsk fagleg rådgjevar, om alle skulle ha 20% funksjon ut over fastlegearbeidet, men me nyttar om lag 3,5 stilling til dette.

Ei endring i fordeling av dette arbeidet må vurderast i samheng med kva oppgåver som er aktuelle å prioritera, kva stillingstorleikar det vert lagt til rette for og i kva grad desse framover vert kombinerte med fastlegeavtalane.

Kommunale helseinstitusjonar og omsorgssenter

Status og kompetanse

Lege ved kommunal helseinstitusjon har det medisinsk-faglege ansvaret for brukarane medan dei bur der. Legen er del av det tverrfaglege teamet.

Alders- og sjukeheimsmedisin er fagleg og etisk krevjande, og er difor eit eige kompetanseområde innan medisinen. Utdanninga byggjer på spesialitet i allmenntilleggslege eller anna relevant spesialitet, alternativt praksis frå sjukeheim. I tillegg kjem minimum 2 år i minst 40% stilling i sjukeheim eller tilsvarende bu-form, til saman minst eitt årsverk, program med smågruppeverksemd (kollegabasert rettleiing), fastlagde kurs, praktiske prosedyrar og praksisbesøk.

Legedekning ved kommunale institusjonar/avdelingar:

	SSH avd. 1	SSH avd. 2	SSH avd. Backertun	Knutsåsen Omsorgssenter	Stord kommunale rehab. senter	IDA korttid/obs. avd.	Kostra-gruppe 11	Landet
Legetimar pr. veke pr. bebuar i sjukeheim	5,25: 20=0,26	6:19= 0,31	12:27=0,44	6.5:45=0,14	6:12= 0,5	5,4	0,51	0,54

Stord kommune har samla 95% legestilling i institusjon utanom IDA/Kort-tid-observasjon avdelinga. Det er i underkant av den til tilrådinga som den norske legeforeining kom med i 2012, ved innføringa av samhandlingsreforma. Legedekninga er særleg låg ved Knutsåsen Omsorgssenter der legen har fast oppmøte ein dag i veka. Dette bør truleg

utvidast om ein held fram med fast tilsett lege her utover det fastlegeordninga representerer. Det finst pr. i dag ikkje ei sentral bemanningsnorm for legeteneste i kommunale helseinstitusjonar.

Legeressursane ved institusjonane vert nytta fleksibelt. Det inkluderer mellom anna akutthjelp ved andre avdelingar enn der legen er fast, ferievikarordning, deltaking i leiarmøte ved institusjon, deltaking på inntaksmøte og tverrfaglege møte, fagutviklingsarbeid og rettleiing av LIS-1 lege.

Legane har ikkje godkjenning innan kompetanseområdet alders og sjukeheimsmedisin. Dei fleste er spesialistar i allmenntmedisin og alle har mange års erfaring med legearbeid i institusjon i tillegg.

Aktuelle problemstillingar

Sjukdomsbiletet for pasientar i institusjon har endra seg etter innføring av samhandlingsreforma, med dårlegare pasientar og meir aktiv behandling. Det fører til trong for meir fagkompetanse og betre tilgang til legeressurs. Fleire legar og større stillingar ved same institusjon vil gjera det mogleg å ha tilgang til lege dei fleste dagar i veka. Samstundes er det sårbart ved fråvær. Fastlegar har avgrensa mogleik for å vere fleksible i kvardagen. Det kan vere ei fordel om legen sin praksis er i nærleiken av institusjonen.

Institusjonane manglar bak-vakt på ettermiddag/kveld. Dette blir teke i vare av legevakt, og ved at legane har gjort seg tilgjengelege for rådføring frå «si» avdeling. Dette er til stor lempe for pasientane og personell på avdelingane. Om helseinstitusjonane vender seg til legevakta, vert saka til vanleg løyst over telefon, eller pasienten vert teken til legevakta. Det er sjeldan legen vurderer pasienten på institusjonen. Transport kan vere ei stor påkjenning for pasientane.

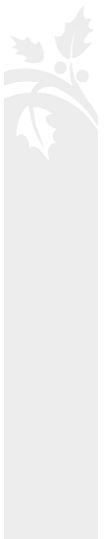
Ei eiga interkommunal vaktordning for legar på sjukeheimane hadde vore ei tenleg løysing på sikt. Det ville gitt ein betre bruk av ressursar både i sjukeheim og sjukehus og gitt betre grunnlag for kompetanseheving og tilpassa tenester.

Om det skal leggjast til rette for større stillingar og høve for godkjenning innan kompetanseområdet alders- og sjukeheimsmedisin, krev det rekruttering av legar som ønskjer å satse på institusjonshelsetenesta (fastlegane kan ikkje pliktast meir enn 20% stilling). Store stillingar krev at ein sikrar eit system for fråværsdekning ved utdanningspermisjon eller langtidsfråvær av anna årsak, og det må sikrast adekvat legebemanning i feriar.

Tilråding: Rehabiliteringsavdeling bør ha fast lege ved avdelinga 2 dagar pr. veke. Legen skal delta på rehabiliteringsmøta og i utarbeiding av rehabiliteringsplan. Stord sjukeheim bør samla sett ha lege på dagtid alle kvardagar.

Legane skal gjensidig vikariere for kvarandre ved behov for snøggjelp dei dagane avdelingane ikkje har fast lege. Dei kan vera tilgjengelege på telefon ettermiddag/kveld/helg fram til kl. 22, dersom det ikkje er mogleg å vente til neste dag. Legen har ikkje plikt til å vere tilgjengeleg, og ein kan ikkje vente at legen rykker ut.

Det bør leggjast til rette for større og heller færre stillingar for institusjonslegar ev. kombinert med avgrensa fastlegepraksis.



Helsestasjon



Helsedirektoratet gav våren -17 ut ny nasjonal fagleg rettleiar for helsestasjonen. Der står det m.a. følgjande:

«Helsestasjonen skal tilby helseundersøkelser med lege. Disse helseundersøkelsene bør gjennomføres som en del av helsestasjonsprogrammet på konsultasjonene når barnet er **6 uker, 6 måneder, 1 år og 2 år**.

Rutinemessige undersøkelser skal bidra til å forebygge og identifisere risikofaktorer for utvikling av fysiske og psykiske helseproblemer.

At helsepersonell ved helsestasjonen med ulik kompetanse, erfaring og ulike oppgaver samarbeider om undersøkelsene, bidrar til økt faglig kvalitet og tverrfaglige drøftinger, refleksjon rundt barnet og løpende evaluering.»

Føremålet med å leggja helseundersøking av barn til helsestasjonen, og ikkje til fastlegen, er å ha tverrfagleg kompetanse i møtet med den einskilde familie og det einskilde barnet. Helsestasjonslegen vil få breiare erfaring i å vurdera normalutvikling og moglege avvik frå denne enn i ein gjennomsnittleg fastlegepraksis. Det krev eit tett samarbeid mellom lege og helsesøster, med tid til å drøfta aktuelle problemstillingar når det er naudsynt. Legen skal fungera som medisinsk-fagleg rådgjevar for helsesjukepleiar.

Status og kompetanse

Dekningsgrad	Bømlo 2018	Stord	Landet utan Oslo	Kostragruppe 11	Landet
Legeårsverk pr. 10 000 innbyggjarar kommune-helsetenesta	12,5	11,3	11,3	12,4	11,1
Årsverk av leger pr. 10 000 innbyggere 0-5 år. Funksjon 232*	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4

*Funksjon 232: Forebygging, helsestasjons- og skulehelsetenesta

Stord kommune har samla sett 92% stilling for lege i helsestasjon og skulehelseteneste til saman, delt på 7 legar. I tillegg er det 10,58% legeressurs ved helsestasjon for ungdom.

Helsestasjonar i Stord – organisering legetenesta

Lokalisasjon helsestasjon	Lege til stade	Tal på barn 0-6	Legeressurs
Sagvåg	Onsdagar		16%
Nordbygdo	Torsdagar		16%
Leirvik	Tysdag + onsdag		24%
Totalt:			56%
Vekedag/ skulelege			
Lege	Torsdag		26%
Lege	Onsdag		10%
Totalt:			36%
Helsestasjon for ungdom	Onsdag kveld		10,5%

Helsedirektoratet publiserte i 2010 «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Den har m.a. rettleiande normer for bemanning. Stord si aldersfordeling mellom barn pr. 2019, gjev følgjande tilråding:

Helsestasjon: 55% stilling

Skulehelseteneste: 140% stilling (95% 1.-7.klasse, 30% i ungdomskule og 15% i vidaregåande skule)

Tilrådd ressurs til saman: 195 % stilling.

Det ligg føre samarbeidsrutinar mellom helsestasjons/skulehelsetenesta og fastlegane om arbeidsdeling og informasjon/tilvising i høve einskildindivid.

Aktuelle problemstillingar

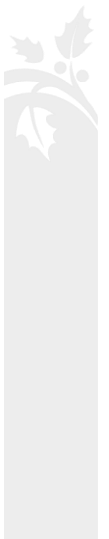
Helsestasjonsarbeidet for lege er i dag delt på 4 legar i små stillingar. Helsestasjon for ungdom har 2 legar. Det gir lite rom for samhandling med andre tilsette i tenesta, liten mogleik for å engasjere seg i kvalitetsarbeid og fagutvikling, og liten grunn til å prioritere å fordjupe seg i fagfeltet.

Det er regelmessig faggruppemøte for dei som arbeider i helsestasjon der dei aktuelle legane og tek del.

Det har ikkje vore faste rutinar for feriebemanning eller kollegial fråværsdekning. Større legestillingar vil kunne gjere tenesta enda meir sårbar ved fråvær, men styrke kontinuiteten i tenesta.

Skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom

Barn og unge er eit satsingsområde når det gjelder førebygging av helseplager og funksjonssvikt. Helsedirektoratet har nyleg lansert ei 10-årssatsing for folkehelse, der styrking av fysisk og psykisk helse og førebygging av rusproblem hos unge er sentrale



område. NAV rapporterer om ei kraftig auke i unge som fell utanfor skule og arbeidsliv. Stord kommune arbeider etter modellen «betre tverrfagleg innsats» for å definera ansvar, leggja til rette for kontinuitet og kvalitet og tidleg setja i verk rette tiltak.

Det er mange unge som slit med psykiske vanskar. Fysisk og psykisk helse heng tett saman, og det er viktig med ei heilskapleg tilnærming. I høve tilstandar som gjeld mange er det viktig å ha gode førebyggjande tiltak retta mot heile populasjonen, ikkje berre der ein har identifisert ei ekstra risiko. Det gjev ønskeleg effekt hjå fleire, og med lågare kostnad.

Stord kommune har lenge hatt låg bemanning i skulehelsetenesta, men har auka stillingar til helsesjukepleiar dei siste åra. Framleis er det svært liten ressurs til lege i skulehelsetenesta, og langt under tilrådd normtal. Skulehelsetenesta skal vere ein ressurs som kan støtte og styrke skulen sin kunnskap om samanheng mellom livserfaringar, helseåtfærd og helseproblem, og vera med i undervisning og i einskildsaker der det er trong for tidleg innsats. Det krev ei brei kompetanse i skulehelsetenesta, der legen har ei viktig rolle som medisinsk-fagleg rådgjevar for det tverrfaglege teamet.

Status

Lege ved helsestasjonane i Stord har i samarbeid med helsesjukepleiar etablert helsekontroll for 6-åringar i samband med skulestart. I ny rettleiar skal somatisk undersøking gjerast etter at barnet er starta på skulen, mellom anna for å skape kontakt mellom skulehelsetenesta, skulen og foreldra, og det er intensjon om at undersøkinga skal gå føre seg på skulane. Stord kommune har ingen legeressurs utover helsekontrollen, og lege er ikkje involvert i tverrfagleg arbeid eller i førebyggjande tiltak.

Helsedirektoratet si norm frå 2010 for skulehelsetenesta tilseier samla sett 140% stilling for lege i barneskule, ungdomsskule og vidaregåande skule til saman.

Aktuelle problemstillingar

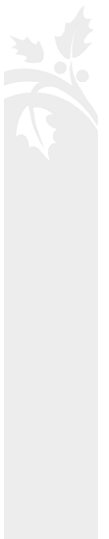
Stord kommune har i praksis lite lege knytt til skulehelsetenesta i dag. Skulehelsetenesta skal ha oversikt over elevane si helsetilstand, skal bidra i undervisning i samarbeid med skule, skal vere pådrivar for gode matvanar og fysisk aktivitet i skulen, følgje opp elevar med fråvær, og skal gi helseinformasjon til foreldre på foreldremøte. Legen skal vere ein viktig fagleg ressurs i dette arbeidet, i lag med andre fagpersonar.

Det er regelmessig faggruppemøte for dei som arbeider i skulehelsetenesta der dei aktuelle legane og tek del.

Legeressurs for migrasjon og integrering

Kommunen har no kring 10-12 % innvandrarar i folkesetnaden, fleirtalet er arbeidsinnvandring frå Europa, men det er og mange med bakgrunn frå Asia. Personar frå andre land som vert busette på Stord eller skal vera i kommunen lengre enn 6 månader, har rett på fastlege. Nokre kjem som adoptivbarn eller som del i familiesameining.

Fastlegane har den viktigaste rolla i oppfølginga av medisinske problem for desse personane. Det kan likevel vere særskilte utfordringar i høve til språk, kultur, sjukdomsrisiko, sjukdomsbreidda i opphavsland (t.d. smittesjukdommar som tuberkulose



m.m.) og krigs- og traumeerfaringar. Dette er tilhøve som krev særskilt kompetanse, erfaring, og godt tverrfagleg samarbeid. Etter nedbygging av asylmottak kjem dei fleste flyktningar no direkte frå krigsområde eller nærområda, og har ofte samansette vanskar og helseproblem. Det er difor trong for lege med eit særskilt ansvar for migrasjonshelse.

Dei siste åra har det vore ein auke i personar som har fått avslag på opphald eller som ventar på avgjerder etter anke på slikt vedtak. Desse har avgrensa rettar, men likevel trong for ulike tiltak, gjerne med førebyggjande omsyn i høve tilpassing i ventetida og handsaming av akuttsituasjonar.

Status

Stord kommune hadde tidlegare ein fastlege med 10% stilling knytt mot migrasjonshelse kombinert med funksjon som lege med ansvar for smittevern. Denne har ikkje vore i funksjon på mange år. Kommuneoverlege vert nytta i særlege høve der fastlegetenesta/legevakta ikkje strekkjer til.

Lege skal gje tilbod om den første legeundersøkinga, der det er trong for det, i samarbeid med helsesøster, og følgje opp eventuelle helseproblem inntil fastlege er etablert. Det er og trong for systemretta legearbeid.

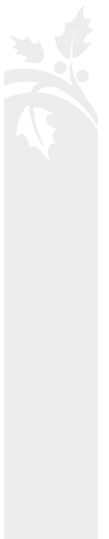
Aktuelle problemstillingar

Stord kommune har drøfta samarbeidet med leiinga på Stord mottakssenter. I samband med dette kom det fram at det tverrfaglege samarbeidet ikkje fungerer godt nok. Ulike yrkesgrupper kjenner seg aleine med vanskelege problemstillingar. Det er eit klart behov for eit tverrfagleg team som kan samarbeide tett i dei tilfella der det er samansette hjelpebehov. Legen vil vere ein viktig ressurs i eit slikt team. Tanken er at lege skal delta i tverrfagleg team på systemnivå og i samansette saker som krev ei heilskapleg tilnærming. Det vil vera med på å gjera at legen får ein større breiddekunnskap om migrasjon og kva tiltak som finns i kommunen. Legen kan gje auka medisinsk kunnskap der det trengst. Legen vil sjølv, på sikt, få auka kompetansen på sjukdomstilstandar som er mindre vanlege i Noreg, og kan vere ei fagleg ressurs for fastlegekollegaer i så måte.

Lege i rus- og psykisk helseteneste

Ruslidingar og psykiske symptom rammar personar i alle aldersgrupper, og er ei hovudårsak til fråfall frå skule og arbeidsliv blant unge. Talet på personar som treng hjelp for psykiske lidingar, aukar raskt. Det krev omstilling i tenestene. Fastlegane samhandlar tett med rus- og psykisk helseteneste i kommunen og med DPS i oppfølging av einskildpersonar. Ein lege med lyst og kapasitet til å ta del i fagutviklingsprosjekt og kvalitetsarbeid vil vere ein viktig ressurs. Det er for tida store endringar innan heile fagfeltet, og fastlegane burde vore representerte i det tverrfaglege arbeidet som går føre seg i kommunen. Det å knytte til seg fastlege i slike prosjekt kan la seg gjennomføre ved frikjøp av tid, dersom arbeidet blir lagt til rette slik at legen kan samstundes kan stetta trong for tilgjenge i praksisen.

Me saknar i tillegg kommunepsykolog som kunne vore nyttig i det systemretta arbeidet.



Legetenester til personar i bufellesskap

Habiliteringstenesta melder at ein del av deira brukarar nyttar legetenesta på ei måte som ikkje alltid er tenleg, t.d. går oftare til lege enn det dei opplever som naudsynt. Det kan og, på den andre sida, vera eit underforbruk av legetenester. Ein stor del av brukargruppa har somatiske og/eller psykiske sjukdommar. Ofte har personalet lite påverknad på helseåtfærd og helseproblem. Dei ønskjer eit tettare samarbeid med fastlegane. I nokre tilfelle kan det vere meir tenleg med t.d. eit heimebesøk i bustaden enn eit besøk på legekantoret. Habiliteringstenesta vil ta del i samhandlingsmøte med fastlege rundt einskildpasientar, sjå punkt 9.4.

Frisk-liv og anna førebyggjande helsearbeid

Fastlegane driv i dag både med primær-, sekundær- og tertiær-førebygging, i hovudsak på individnivå. Undersøkingar viser at fastlegen sine tilrådingar ofte vert tillagd vekt. Fastlegar vil vere viktige aktørar for å hjelpe folk inn i helsefremjande og sjukdomsførebyggjande tiltak. Det er viktig at fastlegane har kjennskap til utfordringane i lokalsamfunnet, og at dei enkelt får tilgang til oppdatert kunnskap om kva førebyggjande tilbod som er i kommunen.

Frisk-livssentralen er etablert, driv systematisk, men tiltak treng utviklast vidare. Det er ein del av lærings- og mestringsarbeid som kommunen skal utøva og tiltak må setjast inn i ein slik samanheng. Fastlegane er viktige i marknadsføring og som «leverandørar» av folk som kan ha nytte av tilboda i frisk-livssentralen. Det har vore ei uvisse i høve stabilitet i dette tiltaket, dette har verka inn på legane si deltaking i rekruttering, men alt tyder på av den vert driven vidare.

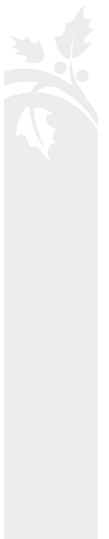
Det er ønskjeleg å stimulere til og leggje til rette for at fastlegar og sjukepleiarar på legekantor kan delta i undervisning for pasientgrupper, pårørande, foreldregrupper eller andre, i samarbeid med frisk-livs-koordinator, helsestasjon/skulehelseteneste, andre kommunale tenester eller frivillige. Arbeidet i legepraksis gjev ein erfaringskompetanse som er viktig å nytta i førebyggjande arbeidet. Godt tverrfagleg samarbeid i det førebyggjande frisk-livsarbeidet og lærings- og mestringsiltak er grunnleggjande for effekt.

Gruppebaserte tilbod og primærhelseteam

Regjeringa har i primærhelsemeldinga (Meld. St. 26, 2014-2015) sagt at dei vil leggje til rette for etablering av primærhelseteam. Målet er å betre tenestetilbodet gjennom auka tilgjenge, større breidde i tilbodet, betre opplæring og oppfølging ved kronisk sjukdom, og ved å skape meir samanhengande og koordinerte tenester. Det vil vere mest aktuelt for grupper med behov for førebyggjande tilbod, opplæring i å meistre eigne helseproblem, eller ved behov for betre oppfølging i heimen.

Stortingsmeldinga skisserer to ulike modellar; a) at det blir etablert økonomiske ordningar som gjer at fastlegane kan tilsette og nytte anna helsepersonell til gruppebaserte tilbod, eller b) at kommunen tilsett personell som inngår avtaler med fastlegane (alternativt at fastlegane er tilsett på fast lønn).

Eit primærhelseteam skal vere ei «utvida allmennpraksis». Fastlegane skal vere teamleiarar og ha koordinatorrolla for sine listepasientar, men skal kunne delegere delar av oppfølginga til anna helsepersonell. Regjeringa set i verk eit forsøksprosjekt frå 01.04.2018 som skal vare i 3 år. Teama skal vere sett saman av fastlege, sjukepleiar og



helsesekretær. I forsøksordninga blir følgjande grupper nemnt særskilt som aktuelle målgrupper: a) brukarar med psykiske lidingar og rus, b) «skrøpelege» eldre og c) brukarar med utviklingshemming og funksjonsnedsetting.

Forsøksordninga skal evaluerast for å sjå om tilbodet blir betre når det gjeld

1. Helsetilstand og mestringsevne
2. Pasient- og brukartilfredsheit
3. Koordinerte og samanhengande tenester
4. Førekomst/utvikling av behov for omfattande helse- og omsorgstenester

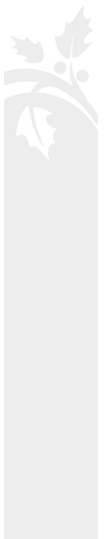
Rammevilkåra for slike primærhelseteam vil truleg først bli klarlagt når forsøksordninga er evaluert.

Oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er knytt til oppfølging av pasientar og brukarar med store og samansette behov. Eit team har ei felles oppgåve der dei kjenner dei treng kvarandre og må høyra på einannan. Medlemmane utfyller kvarandre i arbeidet med oppgåva, gjennom bakgrunn og kompetanse. Pasientar i målgruppa vil ha rett på individuell plan og koordinator. Oppfølgingsteam er omtala i primærhelsemeldinga, og Helsedirektoratet har sendt på høyring ein ny vegleiar for kommunen si oppfølging av denne gruppa. Dette vil vere ei særskild heterogen gruppe, der heilskaplege og koordinerte tenester på individnivå er avhengig av ei heilskapleg og overordna leing på tvers av organisatoriske verksemder. Kva tenesteytarar som er del av teamet vil avhenge av problemstilling, og trongen for oppfølging er ofte ikkje tidsavgrensa. Fastlegen vil ha ei rolle i teamet i dei fleste tilfelle.

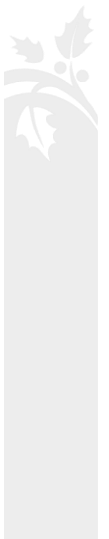
Eit oppfølgingsteam kan og vere knytt til meir avgrensa problemstillingar som krev tverrfagleg kompetanse, eller det kan vere team som blir etablert og seinare løyst opp rundt enkeltpasientar med særlege utfordringar. Slike team eksisterer i praksis også i dag. Det kan vere oppfølging av ein alvorleg sjuk kreftpasient i heimen, der t.d. fastlege, kontaktsjukepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, og eventuelt kreftkoordinator og palliativt tema kan vere involvert. Når pasienten er død, blir teamet oppløyst. Liknande «team» har ein ved andre diagnosar og problemstillingar. Teama er ikkje statiske, men nokre personar kan vere nøkkelpersonell.

Heimerehabilitering er eit anna aktuelt område for oppfølgingsteam. Kommunen har allereie eit rehabiliteringsteam, og det er viktig at fastlegane blir knytt opp til teamet når det gjeld deira pasientar. Fastlegen har ofte nyttig kunnskap om personen, nettverket og helsetilstand før aktuell hending som krev rehabilitering. Dette er viktig premis for motivasjon og tillit i prosessen vidare. Fastlegen har koordineringsansvaret for pasienten, og har hovudansvaret for medisinsk oppfølging og sekundærprofylakse ved t.d. hjerneslag, fallskader med meir. Gjennom varsling i god tid før utskriving frå sjukehus, kan teamet planlegge vidare oppfølging og eventuelt gjennomføre felles heimebesøk.



Anna allmenmedisinsk legearbeid - utfordringar og tiltak

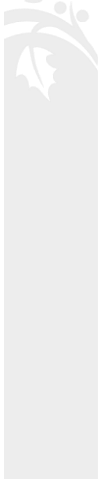
Det er truleg viktig i det vidare arbeidet å leggja til rette for kompetanseutvikling innafør dei ulike områda som gjeld anna allmenmedisinsk arbeid. Innafor nokre område kan det krevja større stillingstorleikar enn det fastlegeordninga legg opp til, og med tilsvarande kortare personlister som grunnlag for drift av praksis.



Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritet/vurdering
Generelt	<p>Kommunen bør syte for god fagleg kompetanse i allmenmedisinske deltidsstillingar, og nytte kompetansen til fagutvikling og kvalitetsarbeid</p> <p>Det er ikkje ordningar for vikar når legen har fråver. Dette kan gå ut over kontinuitet og kvalitet i tenesta</p>	<p>Det skal utarbeidast stillingsomtale for dei kommunale delstillingane som ikkje har dette</p> <p>Ein skal stimulere til og leggje praktisk/økonomisk til rette for deltaking på kompetansetiltak innan allmenmedisinsk område så langt råd er</p> <p>Kommunen inngår avtale med legar, som etter eige ønskje får fritak frå allmenmedisinsk arbeid, at dei kan gå inn i kortvarig fråværsdekning innanfor ei ramme på 7,5t/veke.</p>	<p>Dei ulike einingane</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Dei ulike einingane</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Einingane i samråd med tillitsvalde/AU</p> <p>Teke til handlingsplan</p>
Institusjon	<p>Fleire legar (6) deler på liten (95%) legefunksjon totalt</p> <p>Kortare liggetid på sjukehus gir meir krevjande pasientar til kommunane</p> <p>Overføring av oppgåver frå HF til kommune</p> <p>Kompetansebehov</p> <p>Kontinuitet i legetenesta</p> <p>Vaktordning for institusjonslegar</p>	<ul style="list-style-type: none"> Arbeide for minst 40% storleik på legestillingar ved kommunale institusjonar LIS-lege dekker 10-20% stilling ved helseinstitusjon fast. (Gjev teljande teneste til spesialitet - ved skifte må det sikrast at annan lege tek over) Sjukeheimen har lege alle kvardagar. Legane er vikar for kvarandre på dagtid og i feriar Rehabiliteringsavdeling skal ha lege 2 gonger i veka, knytt til avdelinga Legen tek del i rehabiliteringsmøte og utarbeiding av rehabiliteringsplan Geografisk nærleik til legepraksis bør vere med i vurderinga når det blir inngått avtale om institusjonsteneste eller anna offentleg teneste Sjukepleiar skal primært nytta lege som er til stade ved institusjon, ved tilstander som ikkje kan vente til den faste legen kjem Legane kan kontaktast utanom arbeidstid fram til kl. 22 etter nærare avtale, men det kan ikkje forventast at dei er tilgjengeleg eller rykker ut Lege ved institusjon må sikrast rett til naudsynt vidareutdanning for å bli spesialist i allmenmedisin eller oppnå godkjenning for kompetanseområde alders- og sjukeheimsmedisin Det vert arbeidd for interkommunal bak-vakt for helseinstitusjonar 	<p>Aktuelle einingar</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Aktuell eining</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Er i gang</p> <p>Inn i arbeidsavtale ev.</p> <p>Aktuell eining</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Aktuell eining</p> <p>Etablert ordning bør førast vidare</p> <p>Etablert ordning bør førast vidare</p> <p>Dette gjev trong for vikar, men bør regulerast inn i arbeidsavtale</p> <p>v/ >40 % stilling</p> <p>Krev samråding interkommunalt</p> <p>Teke til handlingsplan</p>
Helsestasjon	<p>Legetenesta ved helsestasjonen er fragmentert og lite effektivt nytta</p> <p>Legane er i liten grad del av det tverrfaglege arbeidet i tenesta</p>	<p>Færre, men større stillingsdeler for lege i helsestasjon</p> <p>Sikra fråværsdekning innanfor ei ramme på 7,5t/veke</p> <p>Lege skal vere medisinsk-fagleg ressurs og rådgjevar i tenesta.</p> <p>Halda fram med tverrfaglege fagmøte der legane tek del</p>	<p>Del av eininga si planlegging</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Teke til handlingsplan</p> <p>Teke til handlingsplan</p>

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritet/vurdering
Skulehelse-tenesta	Stord kommune treng meir legeressurs i skulehelse tenesta Førebyggjande og helsefremjande legearbeid vil i stor grad skje i skulen i framtida	Etablere kommunal deltidstilling for skulelege med stillingsstorleik svarande til 1 dag pr. veke i skuleåret Inkludere lege i førebyggjande arbeid retta mot skule, elevar og foreldre Lege som fagleg rådgjevar for helsesjukepleiar og skule Lege som del av tverrfagleg team i skulehelse tenesta	Er sett i verk Del av planlegginga i eininga Teke til handlingsplan
Migrasjons helse og	Migrasjon er i seg sjølv ei risiko for helseproblem, og personar som har flykta frå krig og katastrofar er i særleg risiko Helseproblem knytt til flyktningar og migrasjon krev særskilt kunnskap	Legen tek del i tverrfagleg team på systemnivå og i samansette saker som krev heilskapleg tilnærming Legen får høve til kompetanseheving og fagleg nettverksbygging innafor området Det skal lagast retningslinjer for funksjonen	Helsesjukepleiar og personell ved mottaket i samråd med aktuell lege Teke til handlingsplan
Fagutvikling og kvalitetsarbeid	Fleire tenester har ønske om og nytte av at lege-tenesta er med i kvalitets- og utviklingsarbeid Medverknad frå fastlegar blir peika på som sentral i primærhelsemeldinga	Stord kommune inngår avtale med fastlege som har interesse av å delta i kvalitets- og utviklingsarbeid Legen si deltaking må tilpassast slik at det ikkje går ut over pasientpraksisen Kommunal praksiskonsulent eller konsulentavtale kan vurderast	Kommunal praksiskonsulent (PKO) ev. ved seinare rullering Økonomi Teke til handlingsplan
Frisk-liv	Frisk-livs koordinator eller dei ulike tenestene kan invitere engasjerte legar til å ta del i undervisning eller anna førebyggjande tiltak Frisk-livstilbodet må verta ein del av eit heilskapleg helsetilbod og setjast i samheng med anna lærings- og mestringsarbeid	Det skal leggjast til rette for at legar og anna personell i legesenter kan ta del i dette Fastlegane gjev informasjon om frisk-livstilbodet til personar med trong for støtte i høve endring av livsstil - Frisklivsresept Konsulentavtale med lege som del av drifta	Informasjon frå tiltaket Økonomi Teke til handlingsplan
Primærhelse-team	Forsøksordning frå 01.04.2018 og rammevilkåra er førebels ikkje avklara	Stord kommune vurderer førebels ikkje utprøving av primærhelseteam i samarbeid med fastlegane	Venta til seinare rullering
Oppfølgingsteam	Fastlegen er ofte «på sida av» dei kommunale tenestene, og ikkje ein integreert del av eit heilskapleg tilbod i ein-skildsaker Fastlegen har ofte lite kjennskap til anna oppfølging i kommunen Ein reiskap for å retta fastlegetenesta mot grupper som i mindre grad greier å nytta seg av den ordinære fastlegeordninga	Samarbeid mellom fastlege og oppfølgingsteam bør formaliserast (t.d. gjennom BTI eller andre system) Gode samarbeidsverktøy, som t.d. elektronisk kommunikasjon og oppdatert informasjonsside Kan retta seg mot barn og unge med lidningar som krev samansett tilnærming, ROP-lidningar, innvandrarak/asylsøklarar og utviklingshemma t.d.	Del av planlegging i eininga Teke til handlingsplan



6. Samfunnsmedisinsk legearbeid



Mål

Stord kommune har kommuneoverlege som er spesialist i samfunnsmedisin. Den samfunnsmedisinske kompetansen skal nyttast i heile den kommunale organisasjonen i tråd med lovverk og nasjonale føringar.

Status

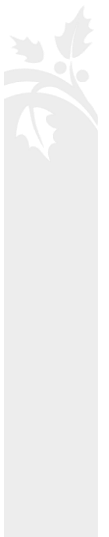
Stord kommune har pr. 2019 følgjande samfunnsmedisinske ressursar:

Kommuneoverlege i 60 % stilling, som er spesialist i samfunnsmedisin og allmenntilleggsmedisin.

Lege med ansvar for smittevern og migrasjonshelse 10 % - vakant

Kommunelege i 30% stilling, med særleg ansvar for psykisk helse og rus, fastlegeordninga og i tillegg fast stadfortredar - vakant.

Fastlegane i gruppa meiner at Stord kommune bør samla desse funksjonane i ei 100% stilling. I tillegg bør det vera ein lege (gjerne 50% stilling) som tek seg av organisering i høve «anna allmenntilleggsmedisinsk arbeid». Dette kan vurderast samordna med praksiskonsulentordning i kommunen (jf. pkt. 7.2.1. og pkt. 10.5.). Fastlegane peikar og på eit potensiale i interkommunalt samarbeid om desse funksjonane.



Kommuneoverlegen si rolle og oppgaver

Kommuneoverlegefunksjonen er lovpålagt. Kommuneoverlegen bør vere spesialist i samfunnsmedisin. Storleiken på stillinga bør vere minimum 50%, som er eit krav i forhold til spesialistreglane. Fleire kommunar kan samarbeide om felles kommuneoverlege. Fylkesmannen i Hordaland har følgjande forventning til rolla:

«Alle kommunar skal ha ein eller fleire kommunelegar som medisinsk-fagleg rådgjevar for kommunen etter helse- og omsorgstenestelova § 5-5 og folkehelselova § 27.

Kommunelegen skal gi samfunnsmedisinske råd i folkehelsearbeidet, delta i planarbeidet til kommunen og ivareta oppgaver som miljøretta helsevern, smittevern og helseberedskap.

Kravet om at alle kommunar skal ha kommunelege er meint å sikre samfunnsmedisinsk kompetanse og rådgjeving på alle ansvarsområda til kommunen.»

Lovpålagde

Moment/Stikkordliste (ikkje uttømande – må utformast):

Medisinsk-fagleg rådgjevar (Helse- og omsorgstenestelova)

Mynde ved tvungen legeundersøking (Psykisk helsevernlova)

Mynde, plikter og oppgaver i samband med smittevern (Lov om smittevern, Matlova og tuberkuloseforskrifta)

Hastekompetanse og rådgjevar (Folkehelselova/Forskrift om miljøretta helsevern/Forskrift om miljøretta helsevern i barnehagar og skular)

Helsemessig lokal beredskap (Helseberedskapslova/Akuttmedisinforskrifta)

Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar (Folkehelselova)

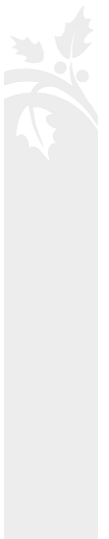
Ikkje lovpålagde

Moment/Stikkordliste:

Delegasjonsfullmakt og andre plikter m.m. (Avtaleverk (særleg ASA 4310 og SFS 2305), Dødsårsaksregisterforskrifta)

Avløyssar og delegert mynde

Kommuneoverlegen har delegert mynde frå rådmann på visse område, jf. delegasjonsfullmakt. Kommuneoverlegen skal ha fast avløyssar. Denne har same mynde som kommuneoverlegen når ho/han er borte. Om korkje kommuneoverlege eller fast avløyssar er tilgjengelege, skal det utnemnast ansvarleg vikar i høve smittevern og beredskap. Kommuneoverlegen har delegert mynde til namngjevne fastlegar om å kunne påleggje tvungen legeundersøking etter lov om psykisk helsevern når kommuneoverlegen ikkje er tilgjengeleg. Nokre oppgaver innan tuberkulosekontroll er delegert til leiande helsesøster/Stord helsestasjon.



Smittevern og infeksjonsforebyggjande arbeid

Smittevernlova § 7-2:

«Kommunelegen skal

1. *Utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og –tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,*
2. *Ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,*
3. *Utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,*
4. *Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,*
5. *Gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,*
6. *Utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.»*

Kommuneoverlegen har hastekompetanse med heimel i lovverk og i kommunal delegasjonsfullmakt. Kommuneoverlegen skal samarbeide med Mattilsynet, fylkesmannen, folkehelseinstituttet og helseføretak, og med kommunale tenester og fastlegar i smittevernsaker. Kommuneoverlegen har ansvar for kontrollrutinar og tiltak etter tuberkuloseforskrifta. Ansvar for praktisk gjennomføring er delegert til helse-søster, i samarbeid med smittevernlege.

Beredskap

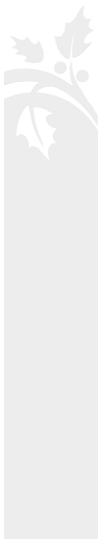
et er krav om at det til ei kvar tid skal vera ein lege med definert ansvar for smittevern i kommunen. Om smittevernlegen er borte, må funksjonen verta teken i vare av fast avløyser. Legevakta er no kontaktadresse utanom kontortid. og annan beredskap vert dekt av legevakta. Kommuneoverlege blir kontakta dersom ho/han er tilgjengeleg.

I samband med pandemiberedskap kan det verta krav om døgnberedskap for smittevernlege, og at nærliggjande kommunar samarbeider om dette

SFS 2305: *«For å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen, og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern, kan det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning».*

Miljøretta helsevern

Kommunen har plikt til å ha tilsyn med faktorar og tilhøve i miljøet som til ei kvar tid kan ha direkte eller indirekte innverknad på helsa. Oppgåva kan delegerast, t.d. til interkommunalt selskap. Kommuneoverlegen har hastekompetanse på vegne av kommunen dersom det er naudsynt (Folkehelselova § 9). Plikter og tilsynsobjekt er omtala i forskrifter med heimel i Folkehelselova. I Stord har kommuneoverlegen delegasjonsfullmakt som gjeld miljøretta helsevern.



Rådgjevarfunksjon

Kommuneoverlegen er øvste medisinsk-faglege rådgjevar i kommunen. Lege med samfunnsmedisinsk kompetanse skal syta for at helsemessige tilhøve blir teke omsyn til i all kommunal sakshandsaming, og skal peike på moglege risikomoment. Ho/han skal vera med på å få oversikt over og analyse av positive og negative faktorar som kan verke på helsetilstanden til befolkninga. Dette er særleg viktig på andre saksområde enn helsetenesta, då helse- og omsorgsområdet berre utgjer ein liten del av det som påverkar folk si helse. Kommuneoverlegen/samfunnsmedisinaren bør difor vere administrativt nært knytt til rådmann og ha ei viktig rådgjevande rolle i rådmannen sin stab

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er definert i Folkehelselova § 3 b: *«samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»*

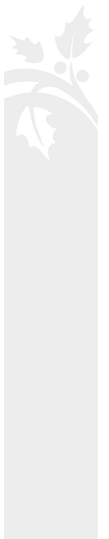
Folkehelsearbeid er eit vidt omgrep, og samfunnsmedisinsk spesialitet er særskilt retta mot å ha brei kunnskap, oversikt og å sjå heilskapen i samfunnet si påverknad på folket si helse. Denne oversikta skal vere skriftleg og kontinuerleg og vere basis for all kommunal planlegging. Kommuneoverlegen har difor ei viktig rolle i folkehelsearbeidet.

Planarbeid, tilsyn, informasjon og førebyggjande arbeid

Folkehelselova §4, 3.ledd: *«Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.»*

Folkehelselova § 7: *«...Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom».*

Folkeopplysning, aktuelle helseråd, førebygging av skader og ulukker, informasjon om aktuelle tema og helsekampanjar er også kommunen sitt ansvar, og kommuneoverlegen bør vera sentral i dette arbeidet.



Samfunnsmedisinsk legearbeid – utfordringar og tiltak

Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering/vurdering
Smittevern	<p>Krav om døgnberedskap i gitte situasjonar, t.d. pandemi. Krev fag-kunnskap og kan ikkje løysast innanfor eigen organisasjon.</p> <p>Tverrfagleg samarbeid kring smittevern og tuberkulosekontroll manglar tydeleg leiarforankring (tverrsektorielt)</p>	<p>Vurdere intensjonsavtale om interkommunal døgn-beredskap ved visse høve</p> <p>Smittevernlege eigen stilling</p> <p>Sikre leiarforankring av smittevernarbeidet og tuberkulosekontrollprogram</p>	<p>Krev eiga utgreiing</p> <p>Sikra helsesjukepleiarfunksjonen</p> <p>Teke til handlingsplan</p>
Rådgjeving	<p>Kommuneoverlege er organisert under fagavdeling RHO for rådgjeving til strategisk leiargruppe og dei andre kommunale einingane på leiarnivå</p> <p>Ikkje formelt mynde ut over det som går fram av lov og delegasjonsreglementet</p>	<p>ommuneoverlege inngår i rådmannen sitt rådgjevarteam Kommuneoverlege er i dag organisert i stab til kommunalsjef</p> <p>Drøfta einingstilknytning for legetenesta og rådgjevarfunksjonen i høve til dette</p>	<p>Funksjonen treng truleg betre formell avklaring</p> <p>Teke til handlingsplan</p>
Miljøretta helsevern	<p>Fagområdet krev tverrfagleg kompetanse og teamarbeid</p> <p>Det er sett av lite ressursar i høve personell, økonomi og systemutvikling av denne tenesta</p>	<p>Opprette tverrfagleg gruppe med ansvar for miljøretta helsevern, der kommuneoverlegen er sentralt medlem, ev. leiar</p> <p>Sikre leiarforankring av funksjonar som trengst</p> <p>Utarbeide IK-system for miljøretta helsevern</p> <p>Vurdere interkommunalt samarbeid</p>	<p>Del av interkommunal planlegging</p>
Folkehelsearbeid	<p>Fagområdet krev tverrfagleg kompetanse og teamarbeid</p>	<p>Det er oppretta tverrfagleg gruppe med fokus på folkehelsearbeidet (Folkehelserådet)</p>	<p>Teke til handlingsplan</p>
Ulukeførebygging	<p>Kommunen manglar systematisk og samordna satsing på førebygging av ulukker</p>	<p>Vurdere tverrfagleg gruppe med ansvar for systematisk ulukke-førebyggjande arbeid, jf. pkt. over</p>	<p>Innspel til einingane sitt ROS- og beredskapsarbeid</p> <p>Innspel i kommunalt planarbeid</p>
Helseberedskap	<p>Lege med ansvar for helseberedskap er involvert i planlegging</p> <p>KKL utan fast helsefagleg kompetanse men tilgjengeleg</p> <p>Samarbeid med Helseføretaket om tenesteavtale 11 (Helseberedskap)</p>	<p>Samfunnsmedisinsk kompetanse viktig i beredskapsarbeid og KKL</p> <p>Årshjul for beredskapsøvingar</p> <p>Etablert Beredskapsforum</p>	<p>Del av planlegging</p> <p>Teke til handlingsplan</p>

7. Anna legearbeid

Kommunalt

Rådgjeving i inntaksmøte

Sjukeheimslege tek del i tenestekontoret sine tildelingsmøter, som medisinsk-fagleg rådgjevar for tenestekontoret ved vurdering av tenestebehov og ved prioritering. Dette gjeld og tenester som vert ytte i heimane, særleg i høve dei som er sette på «venteliste» og dei som treng mellombels opphald i institusjon før dei kjem tilbake til heimen.

Samhandlingsreforma har ført til nye og meir komplekse oppgåver for dei kommunale institusjonane og heimebaserte tenester. Sjukeheimslegane er sjeldan involvert i dialogen mellom kommune og spesialisthelseteneste omkring ansvarsfordeling, kompetanse- og ressursnivå. I individretta einskildsaker, ved usemje og i meir overordna drøftingar kan sjukeheimslegar vera med på å jamna ut skilnadene i medisinsk kompetanse, sikre rett behandlingnivå for einskildpasientar, og styrke samarbeidet med fastlegane om medisinsk oppfølging.

Rådgjeving i anna kvalitets- og utviklingsarbeid

Samhandlingsreforma har overført ansvar for pasientar med kroniske sjukdommar og/eller samansette helseproblem til kommunane. Den nye primærhelsetenesta vil krevje legeressursar som kan vera med på utforminga og evalueringa av tenestesystemet i kommunane slik at innbyggjarane opplever samanhengande tenester av god fagleg standard.

Ikkje – kommunalt/interkommunalt

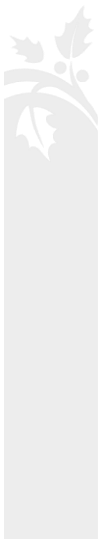
Praksiskonsulent/praksiskoordinator.

Praksiskonsulentordninga (PKO) er ei systematisk bruk av allmennlegar i helseføretaka. Det er ei etablert ordning. Målsettinga med ordninga er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid, knytt til diagnostikk, behandling og oppfølging av sjukdom i og utanfor sjukehus.

Det er helseføretaket som etablerer PKO med allmennlegar frå kommunane, og tek avgjerd om kva avdelingar som skal ha knytt til seg ein praksiskonsulent. PKO samhandlar og med leiarskiktet i føretaka. Praksiskonsulentane er leia av ein praksiskoordinator, og er knytt til samhandlingsavdelinga ved helseføretaket.

Stord har i mange år hatt ein lege i stilling som praksiskonsulent. Det har vore tradisjon regionalt at oppgåve som PKO gir fritak frå deltaking i anna kommunalt allmennterapeutisk legearbeid, dersom det er ønske om og ligg til rette for det.

Det har vore arbeidd sentralt for å få ei ordning med praksiskonsulentar med berre kommunalt/ interkommunalt fokus – PKO kommune jf. pkt. 6.2. og pkt. 10.5. Legar i og utanfor sjukehus må og samhandla nært med anna helse og omsorgspersonell. Dette er naturlege som del av oppgåveoverføring som går føre seg. Ordninga skal vera med og gjera at pasient og pårørande opplever trygge, effektive og koordinerte helse- og omsorgstenester. Ei slik ordning vil i større grad kunna sikra punkt 9.4 Samarbeidsmøte.



Forskning

Tenesteavtalane 7 legg til rette for samarbeid om forskning mellom helseføretaka og kommunane. Det er ei rekkje allmenntedisinske og samfunnsmedisinske forskingsmiljø knytt til universitet og høgskular. FOUSAM er eit samarbeidsorgan for forskning og fagutvikling mellom Helse Fonna, Høgskulen på Vestlandet (HVL) og kommunane i Fonna-regionen. Stord kommune har vore og er knytt til fleire av prosjekta i FOUSAM, som t.d.

Fleire legar i Stord har forskingskompetanse og kontakt mot robuste forskingsmiljø. Det har til no, vore lite kontakt mellom FOUSAM fastlegar i forskingsarbeid.

Forskning i kommunane og i primærhelsetenesta er eit satsingsområde. Det er mogleg å søke økonomiske støtte og å etablere kontakt med forskingsnettverk for dei som ønskjer å gjennomføre eit forskingsprosjekt. Det er eit ønske at engasjerte legar kan bidra med forskning lokalt, og at kompetansen og kunnskapen frå lokale prosjekt skal kunne nyttast i kommunen. Det har vore vanleg at deltidsstilling som forskar har gitt fritak frå andre allmenntedisinske oppgåver. Ved mindre, tidsavgrensa prosjekt må dette vurderast i kvart enkelt tilfelle.

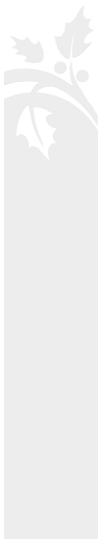
Utviklingsarbeid og samhandling

Legar i kommunane blir frå tid til anna oppmoda til å delta i utviklingsprosjekt og samhandlingsprosjekt mellom 1. og 2.linetenesta, i samarbeid med helseføretaket. Det vil som regel vere midlertidige prosjekt, og så langt det er mogleg bør det leggjast til rette for deltaking. Dette krev i dei fleste tilfelle tilrettelegging for «frikjøp» av legar frå praksisdrifta.

Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen skal sikre rettstryggleiken for pasientar som er under tvang etter lov om psykisk helsevern. Kommisjonen har 4 medlemmar, og ein skal vere lege. Kvart medlem har personleg vararepresentant. Medlemmer og vara-medlemmer blir utnemnt av fylkesmannen. Legar i Stord har vore medlemmer i kontrollkommisjonen for Sunnhordland, Hardanger og Voss i ei årrekkje, men for 2017-20 er det legar i andre kommunar som har dette vervet.

Det ligg føre framlegg om nytt lovverk på dette området. I NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven vert tvangsbegrensingsnemnder knytt til fylkesmannen tilrådd som ei ny ordning. Det skal framleis vera lege med i dette kontrollorganet, men det vert lagt opp til færre einingar.



Anna legearbeid – utfordringar og tiltak

Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering/vurdering
Rådgjeving i inntaksmøte	Lege skal kunna gje objektive råd Funksjonen er no knytt til sjukeheimslege med størst stilling	Ordninga held fram	Teke til handlingsplan
Kommunalt utviklingsarbeid	Vanskar med å rekruttere fastlegar til utviklings- og kvalitetsarbeid	Vurdere slikt arbeid som kommunalt deltidsarbeid etter nærare avtale Oppdragsbasert konsulentfunksjon	Økonomi/ressurs Økonomi/ressurs
Samhandling kommunalt/interkommunalt/mot føretak	Samarbeid mellom legar og anna helse- og omsorgspersonell	Helseføretak har PKO ordning Plan for PKO-kommune som modell Knytt til val av/kombinert med ev. Ny leiarstruktur	Føretaket finansierer, kommunen stiller ressurs Økonomi/ressurs Teke til handlingsplan
Forskning	Samarbeidsavtale FOUSAM/HF Trong for forskning i eigen kommune	Identifisere aktuelle tema for forskning i eigen kommune Legge til rette for deltaking i forskingsprosjekt Rekna som anna allmenmedisinsk arbeid	Del av drifta og strategi for leingi
Utviklingsarbeid og samhandling knytt til prosjekt m.m.	Fastlegerepresentasjon vert rekruttert frå ulike kommunar, deltaking frå Stord vil variere	Tidsavgrensa engasjement vil ikkje automatisk kunna gje fritak for andre oppgåver Sett av midlar til konsulentfunksjon	Økonomi Teke til handlingsplan
Kontrollkomisjon	Ei oppgåve som kan verta naudsynt å rekruttera til	Den som har oppgåva må varsle i god tid når det vert trong for byte Finansiering følgjer med	vert endra, men treng lege i ev. Tvangsavgrensings-nemnd

8. Legevakt og interkommunal døgnavdeling



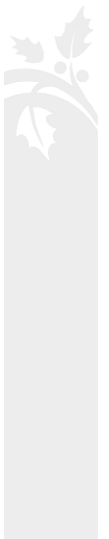
Legevakt og interkommunale døgnseger blir drive av eit interkommunalt selskap, Sunnhordland interkommunale legevakt (SIL), som er eigd av kommunane Bømlo, Fitjar og Stord. Selskapet har eiga leing og styre. Legevakta, døgnavdeling for snøghjelp og observasjonsavdeling held til i nybygg (Legevaktbygget) like ved Stord sjukehus.

Legevakt

Legevakt utanom kontortid 8-15 på kvardagar er drifta av SIL. Legevakta har døgnbemanning med sjukepleiar, har uniformert bil for utrykking, og sjukepleiar ved legevakta opererer naudnettsentralen. Legevakta har medisinsk-fagleg rådgivande lege i 30% stilling.

Lege har vakt på staden kveld, natt og helg/høgtid. Det er bakvakt for lege på dagtid helg/høgtid og i tillegg bakvakt for legar som ikkje oppfyller krava til sjølvstendig vakt etter akutforskrifta. Legane har fast timeløn som gjev rett til feriepengar og pensjon.

Deltaking i legevakt er obligatorisk for fastlegar dersom ikkje særlege grunner gjev rett til fritak. Ved søknad om fritak skal det særleg leggjast vekt på alder > 55 år. Alder > 60 år gjev rett til fritak. Det er pr. 2019 22 (?) fastlegar, 5 (?) vikarlegar og 2 LIS-1 legar som tek del i legevakt til ei kvar tid. Det er 15 av fastlegane på Stord som tek del i vaktordninga i tillegg til LIS1.



Dag-legevakt og snøggjelp på dagtid

Alarm (Dag-legevakt)

Beredskap for medisinske akutt-tilfelle blir på kvardagar 8-15 dekket av fastlege i Stord med utrykkingsvakt. Legen har plikt til å vere tilgjengeleg på naudnettradio, og skal kunne rykke ut straks om naudsynt.

Anna snøgg hjelp på dagtid

Alle fastlegar skal i tillegg ha ledige timar for snøggjelp kvar dag. Ved vanleg fråvær frå praksis blir dette dekket gjennom kollegial fråværsdekning.

Det bør evaluerast om denne ordninga godt nok stettar trong for tilgjenge på dagtid eller om mange behov vert flytta over til legevakta om ettermiddag på kvardagar.

Legevakttelefonen 116 117 er bemanna med sjukepleiar. Dei har følgjande prosedyre når telefonen blir nytta på dagtid:

Sjukepleiar triagerer (vurderer hastegrad) pr. telefon i følge Index for medisinsk naudhjelp, som på kveld og natt.

1. Raud respons: Koplar inn AMK, som kallar opp daglege-vakt via naudnettet.
2. Gul respons: Sjukepleiar ringjer fastlege på hemmeleg nummer (dette skal ikkje delast med publikum).
3. Grøn respons: Ber innringjar kontakte fastlegekontoret sitt, ev. sjekke at dei har korrekt nummer dersom dei ikkje har kome igjennom på telefonen. Personar utan fastlege (turistar, besøkjande), kan og be om snøggjelp-time hos fastlegane i kommunane – her kan ein opplyse om nummer til dei ulike kontora.

Det har vore drøfta trong for ei eiga vaktordning for snøgg legehjelp på dagtid.

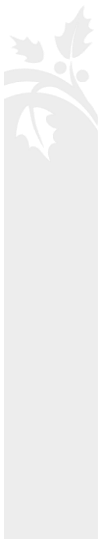
Interkommunal døgnavdeling

Kommunane skal ha snøggjelp-senger for pasientar som treng innlegging for døgnopphald, men ikkje sjukehusbehandling. SIL si interkommunale døgnavdeling IDA blei opna i mars -17. Avdelinga har 4 plasser for snøggjelp og i tillegg 5 til døgnopphald for observasjon. Avdelinga har lege på dagtid alle kvardagar. I tidsrommet frå 15.30 til 22.00 er det eigen bak-vakt for IDA, og i helg og høgtidsdagar er det bak-vakt frå 08.00-22.00, med aktiv vakt og visitt frå 10-13. Legevakta dekket beredskap på natt.

Stilling eller bak-vakt ved IDA er å rekne som anna allmenntilleggslegearbeid. Dei tre deltakarkommunane har ei plikt til å vera med på å sikre tilfredsstillande bemanning, kompetanse og beredskap. Legar som tek stilling ved IDA blir tilsett i det interkommunale selskapet.

Status

IDA har overlege i 100% stilling og LIS i 40% prosent stilling. I tillegg er det tilsett 6 legar i deltidstilling som dekket bak-vakt og helgevakter som ledd i 6-delt turnus. Pr. 2019 er det 2 legar frå Stord som tek del i vaktordninga. Stilling som bak-vakt er kveld- og helgearbeid, som ikkje kan påleggjast slik reglane er i dag.



Aktuelle problemstillinger

Det har ved fleire høve vore drøfta grunnlag for å etablere ei dag-legevakt for snøgg hjelp på dagtid, med fast tilsette legar ev. i kombinasjon med den interkommunale legevakta/IDA.

Deltaking i legevakt på ettermiddag, kveld og helg/høgtid, kjem i tillegg til full fastlegefunksjon. Legevakta er travel, og lege rykker sjeldan ut om ikkje det er akutte hendingar. Fastlegane opplever dette arbeidet som ei krevjande tenesteplikt, men det er eit vilkår for å kunna vera fastlegar.

Kommunale ø. hjelp-døgnsenger er lovpålagt, og skal ha tilgang til lege kvar dag. Dei er på dagtid, bemanna med 2 legar i deltidstilling. Det gjer det sårbart ved sjukdom eller anna fråvær. På landsbasis har det vore lågt belegg i kommunale ø. hjelp-døgnsenger. IDA har førebels kort observasjonstid, men belegget på ø. hjelp -sengene har vore bra i starten. Avdelinga har i tillegg plasser for observasjon. Bruken av desse har vore variabel. Det har i periodar vore utfordringar ved høgt belegg og tunge pasientar pga. få tilsette som då skal handtere mange oppgåver. Bruken av desse er fordelt mellom kommunane og organisert gjennom tenestekontora som tek seg av tildelinga.

Det vert ført statistikk over all aktivitet, og gjort evalueringar etter kvart.

Ettersom legevakt og interkommunal døgnavdeling for ø.hjelp og observasjon er organisert som interkommunalt selskap, krev det god samhandling med fastlegar, kommunale pleie- og omsorgstenester og tenestekontor i kommunane.

Unge legar ønskjer i større grad normal arbeidsbelastning. I særlege tilfelle kan det vurderast kombinasjon av stilling ved legevakt og fastlegestilling. Stilling som bak-vakt og helgevakt ved IDA er små stillingar og i hovudsak beredskap. Det er vurdert å gje rett til fritak frå andre allmenntedisinske oppgåver.

Lindrane behandling i slutfasen av livet er eit område som i aukande grad vert utført i primærhelsetenesta. Sentrale føringar legg til rette for ei slik utvikling. Tilhøva ved IDA ligg godt til rette for dette og det er gjerne trong for eit interkommunalt tilbod for å sikra naudsynt arbeidsmengd og kompetanse. Det må ikkje koma i vegen for eit tilbod i heimen der det ønskeleg og mogleg.

Det kan og tenkjast utvikling av andre interkommunale tilbod som innafor oppfølging av KOLS, handsaming av kroniske sår eller andre kroniske/sub-kroniske tilstandar

Fastlegane i gruppa støttar tankane om å utvikla aktivitetar i legevaktlokala på dagtid, t.d. behandling av kroniske sår, og spesialfunksjonar for IDA t.d. knytt til palliativ behandling.

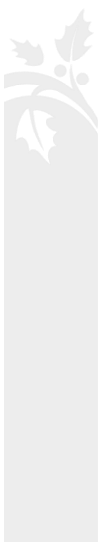
Kompetanse

Legevakt

Akuttmedisinforskrifta § 7 «Kompetansekrav til lege i vakt mv.:

«En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

a) Legen har godkjenning som spesialist i allmenntedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.



b) Legen har godkjenning som allmennlege. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.»

Unntak frå kompetansekrava kan gjevast på særskilte vilkår, og berre for korte vikariat.

Kommunane må såleis organisera ordningar som sikrar at desse kompetansekrava kan støttast. Det same gjeld opplæring i og vedlikehald av kunnskap i bruk av Naudnettet.

Interkommunal døgnavdeling

Overlege ved interkommunal døgnavdeling bør vere spesialist i allmenmedisin. Lege som har autorisasjon i Norge kan arbeide som lege ved avdelinga, men for legar tilsett etter 01.03.17 er det krav om å starte i eit spesialiserings-laup. Frå 01.03.19 er det eit krav å ha gjennomført LIS-1-stilling for å kunne starte i spesialisering.

Ei slik avdeling kan søkjast godkjend som utdanningsinstitusjon i høve spesialitetar og kompetanseområde. Dette er særleg aktuelt om ein utviklar den i retning lindrande behandling i slutfasen av livet eller oppfølging av utvalde kroniske sjukdommar som krev institusjonsopphald innimellom jf. 8.3.2.

Øvingar

Tenesteavtale 11 seier følgjande (må utformast):

Akuttmedisinforskrifta § 4:

«Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.»

I Stord kommune sin Beredskapsplan og «Helse- og sosial beredskapsplan» står det følgjande om dette.



Legevakta har krav om å organisere opplæring og øvingar for sine tilsette. Stord har ikkje (?) legar som ikkje er tilsett ved legevakta, men som har akuttberedskap på dagtid. Det kan vere naturleg å samordne øvingar med legevakta, ambulansetenesta i Helse Fonna og resten av dei lokale redningsetatane.

Interkommunalt Beredskapsforum er oppretta m.a. med tanke på dette.

Vis til nettverk for tenesteavtale 11 som er til godkjenning (må utformast når klart).

Eit alternativ kan vere å leige eksterne instruktørar. Stiftelsen BEST (BEtre og Systematisk Teamtrening), som m.a. er støtta av Nasjonalt senter for distriktsmedisin, er eit teamtreningsnettverk med eit treningsopplegg som er mykje nytta i sjukehus. Det er utvikla eit eiga konsept, Kommune-BEST, for teamtrening t.d. ved legekontor, med kombinasjon av teori og praktisk trening.

Legevakt og interkommunal døgnavdeling-utfordringar og tiltak

Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Legevakt	Få legar tek del i legevakt, mange får tidleg fritak Legevakt kjem på toppen av lang arbeidsveke Låg frekvens av utrykking frå legevakt	Avgrensa fritak/ tilrettelegging ved helseutfordringar Rett til fri/avspasering etter legevakt I større grad nytte bak-vakt ved trong for utrykking til gamle/sjuka	Ny gjennomgang 2021
Snøgg hjelp på dagtid kvardagar	Tilgjenge til fastlegesenter på dagtid Trong for legevaktordning som er open på dagtid	Evaluera tilgjenge til fastlege på dagtid	Brakarundersøking Legevaktssentralen Teke til handlingsplan
Kompetanse	Krav for å kunna arbeida i legevakt Opplæring og vedlikehald av bruk av Naudnett knytt til legevakt Deltaking i intern opplæring og sam-trening/øvingar som kjem i tillegg til fastlegepraksis	Leggja til rette for å kunna innfri kompetansekrava Organisert opplæringstiltak både som vedlikehald og for nye vaktlegar Kompensasjon for deltaking	Er i gang Planlagt Beredskapsforum ta initiativ
Øvingar	Kostbart og tidkrevjande å arrangere øvingar Sam-trening naudsynt for effektiv samhandling i naudsituasjonar	Vurdere eksternt hjelp, t.d. Kommune-BEST Gjennomføre øvingar av ulik omfang etter årshjul Samarbeid med ambulansetenesta	Er i gang og Beredskapsforum
Interkommunal døgnavdeling	Pasientgrupper som skal ha behandling og oppfølging utanfor føretak, men utover det som ordinære kommunale tenester kan stetta	Utvikling av oppfølging og kompetanseheving i høve lindrande behandling eller kroniske tilstandar som krev interkommunalt samarbeid	Utgreiing 2021

9. Samhandling



Samhandlingsstader

Fastlegane og dei kommunale heimetenestene har faste møter mellom ansvarleg personell knytt til einskildpasientar der samhandling er vesentleg, og der vedkommande har gitt samtykke til det. Dette gjeld og innanfor rus- og psykisk helse og habiliteringstenesta. Fastlegane deltek på dialogmøte i regi av NAV, og på ansvarsgruppemøter for personar med samansette problemstillingar der det er tenleg å ha med medisinsk kompetanse.

Informasjonskanal

Fastlegane er avhengig av oppdatert og lett tilgjengeleg informasjon om kontaktpersonar i kommunale tenester, organisering, prosjekter og ulike tilbod til pasientar og pårørande. Dette skal liggja på heimesida til Stord kommune slik at informasjon skal vere tilgjengeleg. Det krev at alle tenester syter for å halde informasjonen oppdatert til ei kvar tid, og at fastlegane nyttar denne informasjonskanalen og melder tilbake ved feil eller manglar.

Elektronisk samhandling i kommunen

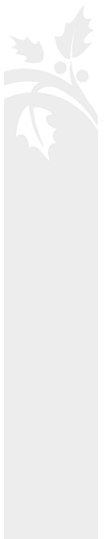
Det norske helsevesenet opererer med mange ulike journalsystem som ikkje alltid kommuniserer. Sentrale mynde arbeider mot visjonen «ein innbyggjar-ein journal», og det vil stegvis komme bruk av felles databasar det ein finn opplysningar om pasientar som er tilgjengeleg frå ulike system. Til no er det oppretta «kjernejournal», og det blir arbeidd mot eit system for felles legemiddelliste, «pasientens legemiddelliste» som vil vere tilgjengeleg for pasient og ulike helsearbeidarar via reseptformidlaren. Inntil vidare må personell nytta og utvikla alternative reiskapar frå møte til «klipp og lim» og system for E-meldingar for å halda tilfredsstillande og naudsynt kommunikasjon.

PLO-meldingar

Elektroniske pasientjournalar har lagt til rette for enklare og betre samhandling mellom samarbeidande helsepersonell. Dei kommunale tenestene som nyttar journalsystemet Profil, kan sende meldingar til fastlegane (PLO-meldingar) og få svaret tilbake, eller omvendt. Bruk av elektroniske meldingar er avgrensa til naudsynt kommunikasjon med enkle spørsmål og svar. Legane skal svare innan 3 yrkedagar, og ved frå-ver frå praksis må det sikrast «frå-ver vikar» som følgjer opp meldingane. Alle meldingar blir automatisk del av pasientjournal. PLO-melding skal ikkje nyttast i hastesaker, og kan ikkje erstatte telefonkontakt eller møter ved samansette problemstillingar.

SAMPRO

I samband med oppretting av ansvarsgrupper og individuell plan blir det nytta SAMPRO, eit system der både brukar/pårørande, andre aktørar og lege kan ha tilgang og kan legge inn oppdateringar. Systemet kan nyttast til møteinnkallingar og referat, oppdatering av individuell plan med meir. Systemet krev særskilt innlogging. Nytteverdien er avhengig av at brukar har eit aktivt forhold til systemet, og kan formidle sine opplysningar. Med meir utstrekt bruk av oppfølgingsteam i framtida, i tråd med nasjonale føringar, kan SAMPRO fungere som eit nyttig reiskap for dei som er vant til å nytte data.



HS-pro

Helsestasjonen, skulehelsetenesta, flyktninghelsetenesta og smittevern/vaksinasjon nyttar datasystemet HS-pro. Systemet har førebels ikkje elektronisk kommunikasjon mot legane sine journalsystem. Kommunikasjonen må inntil vidare skje gjennom skriftleg tilvising/ tilbakemelding eller telefonkontakt med journalføring av kontakten. På sikt vil det truleg komme løysingar for elektronisk kommunikasjon.

BTI

Betre tverrfagleg innsats (BTI) er ein elektronisk reiskap som er under utvikling og utrulling i kommunane. Det er samstundes ein modell for samhandling mellom fagfolk og opp mot pårørande eller andre aktuelle. Den skal sikra tidleg og samordna tilnærming til og kontinuitet i oppfølging av saker som krev samansette tenester. Det skal alltid vera klart definert kven som til ei kvar tid sit med det sentrale ansvaret for oppfølging i saka. Fastlegen kan vera ein sentral ressurs og samarbeidspart i einskilde saker til beste for den det gjeld.

Det ligg føre politisk vedtak på at dette er ein arbeidsmodell som skal følgjast i Stord kommune.

Samarbeidsmøte

Det bør haldast faste samarbeidsmøte mellom fastlegane og dei aktuelle kommunale tenestene minst ein gang årleg, der overordna samarbeidsrutinar og saker kan drøftast på systemnivå. I tillegg skal legane i tråd med fastlegeforskrifta delta i samarbeidsmøte rundt einskildpasientar der dette er naudsynt.

Ved innkalling til samarbeidsmøte bør det gjerast tydeleg om møtet høyrer inn under det som ligg til grunn for ordning om kompensasjon for deltakande legar etter gjeldande avtale mellom legane og kommunen.

FDet var tidlegare gode erfaringar med lokalt «Fastlegeseminar».

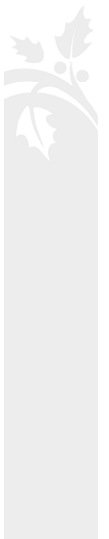
Både kommunen og legane bør kunna be om ekstra samarbeidsmøte ved særleg viktige saker, utanom dei faste møta. Det er ikkje møteplikt ved samarbeidsmøta, men partane bør verta oppmoda om å prioritere desse.

Ansvarsgruppemøte

Ansvarsgrupper er aktuelt for personar som treng oppfølging frå mange ulike tenester. Ordninga med ansvarsgrupper skal sikre naudsynt tverrfagleg tilnærming og samarbeid på tvers av etatar for barn og vaksne med langvarige og samansette funksjonsvanskar. Ein person i gruppa skal ha rolla som koordinator. Fastlegen vil formelt vere ein del av gruppa, men treng ikkje alltid å kallast inn til alle møter. Fastlegen si rolle i gruppa vil vere avhengig av problemstilling og i kva grad medisinske forhold spelar inn. Personar som har ansvarsgruppe kan ha rett på individuell plan.

Felleskonsultasjonar

I vanskelege saker kan det vere aktuelt med felleskonsultasjonar, der ulike behandlarar møter pasienten saman. Det kan vere t.d. fastlege og heimesjukepleier i samband med heimebesøk, eller det kan vere med psykisk helsearbeidar, fysioterapeut (også private),



spesialisthelsetenesta (til dømes akutt ambulanseteam frå DPS) med fleire. Felleskonsultasjonar kan gi ei betre forståing og klare opp mistydingar saman med pasienten, om korleis ein skal kome vidare i utgreiing eller behandling.

Allmennlegeutvalet

Føremål:

«Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen». (ASA 4310)

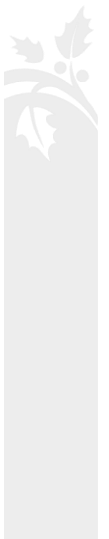
Allmennlegeutvalet skal ha møte minst ein gong pr. halvår, og fastlegane har møteplikt.

«Allmennlegeutvalget representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget har fullmakt til å:

- velge representanter for legene til samarbeidsutvalget*
- fremme saker overfor samarbeidsutvalget*
- bistå legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning*
- forberede saker som skal opp i samarbeidsutvalget*
- drøfte retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter*
- drøfte konkrete kasus i anonymisert form. Vurderingene skal ved behov forelegges samarbeidsutvalget.*

Det kan nedsettes et arbeidsutvalg for 2 år som gis tilsvarende fullmakt.» (ASA 4310)

I Stord har det til vanleg vore 4-6 møte årleg i AU og frammøtet mellom legane har vore tilfredsstillande.



Samarbeidsutvalet

Føremål:

«Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.» (ASA 4310)

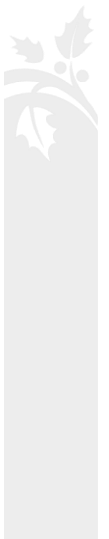
Kommunen har ansvar for å opprette samarbeidsutval for fastlegeordninga mellom kommunen og fastlegane. Utvalet si verknadstid er 2 år. Det skal haldast møte minst halvårleg og elles etter behov. Utvalet konstituerer seg sjølv, og vel leiar. Utvalet skal etter ASA 4310 ha minst 2 representantar frå kvar av partane med vara. Kommuneoverlege eller avløyssar har møteplikt, er skrivar, har uttalerett og plikt til å førebu og følgje opp saker. Representant for andre tenester kan kallast inn ved behov. Kommunen betalar møtegodtgjersle til legane.

I ASA 4310 pkt. 4.2.3 er det gitt tilråding om at samarbeidsutvalet bør gi råd i saker som gjeld:

1. fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk
2. planlegging av kommunens allmennlegetjeneste m.h.t. kapasitet og lokalisering
3. drøfte kommunens forhandling med helseforetak om samarbeidsavtaler
4. allmennlegenes rolle ved oppfølging av kommunens forpliktelser, herunder løpende vurdere kapasiteten i helseinstitusjonene, tiltak for oppfølging og videre henvisning av pasienter mv.
5. serviceerklæringer for legekantorene i kommunen
6. retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter, herunder vurdere behov for lokale tilpasninger av retningslinjene
7. oppretting av legehjemler
8. flytting av praksis
9. midlertidig legemangel
10. kollegial fraværdeknning og vikarordninger
11. fordeling og tilpikting av offentlige legeoppgaver
12. kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter mv.
13. forslag til elektronisk rapporteringssystem og -rutiner
14. generelt om listelengde og listereduksjon
15. organisering av legevakt
16. fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak
17. suspensjon av ordningen

Samarbeidsutvalget skal påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdeknning i forbindelse med ferier, slik at feriefraværet samordnes, og at det sendes kommunen en skriftlig oversikt over legekantorenes beredskap i god tid før ferien.

I Stord kommune har det vore i gjennomsnitt 3-4 møter årleg i SU.



Samhandling med helseføretaket

Samarbeidsavtale og tenesteavtalar

Samhandling mellom helseføretaket og Stord kommune er regulert i Overordna samhandlingsavtale og 12 tenesteavtalar. Avtale 3, 5 og 8 er særleg aktuelt for fastlegetenesta, i tillegg til tenesteavtale 11 om akuttmedisin og beredskap. Avtalane handlar mellom anna om samhandlingsrutinar og det er knytt eit system for handsaming og melding av avvik frå desse. Avvikssystemet er lite nytta i det daglege.

Fellesmøte mellom Helse Fonna/Stord sjukehus og fastlegar.

Helse Fonna inviterer regelmessig til samarbeidsmøte med fastlegane i distriktet, i samarbeid med PKO.

Kollegamøte

Dette vert i tilfelle styrt av PKO. Samhandlingsmøte mellom sjukehuslegar og legar ved kommunale institusjonar.

Mål:

1. finne flaskehalsar og systemsvikt
2. diskutere vanskelege pasientlaup på lågast mogleg nivå
3. avklare oppgåvefordeling mellom sjukehus og kommunar
4. bygge relasjonar mellom leger ute og inne og bidra til god kollegial samhandling
5. betre pasientlaup og auke pasienttryggleik.

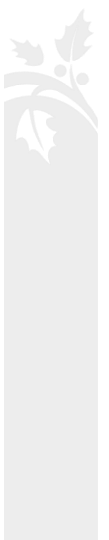
Kollegamøter er førebels ikkje etablert mellom Stord sjukehus og kommunane i opptaksområdet, men har vore drøfta.

Dialogmeldingar

Vanleg samhandling mellom fastlegar og spesialist i sjukehus går via EPJ-systema i form av tilvising og epikrise. Nytt frå mai 2017 er dialogmeldingar. Dialogmeldingar er utforma som førespurnader og svar, og kan rettast mot namngjevne behandlarar i sjukehus eller mot fastlegar. Dei kan og nyttast til å sende tilleggsinformasjon ved tilvisingar, men er mindre eigna ved trong for rådgjeving og drøfting av problemstillingar. Dialogmeldingar blir automatisk ein del av pasientjournalen.

Områdemøte

Møte mellom leiande personell i sjukehuset og kommunane som soknar til dette. Det er knytt til Samhandlingsutvalet sitt arbeid for heile føretaksområdet. Det kan føra vidare og fremja saker for dette utvalet. PKO har høve til å ta del.



Samhandling- utfordringar og tiltak

Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Informasjon tilgjengeleg gjennom heimesider	Må oppdaterast Alle tenester må legge ut aktuell informasjon	Påminning på leiar møte i einingane og lagmøta Praksisane ha fokus på dette	Teke til handlingsplan
Elektronisk samhandling	HS-pro samhandlar ikkje med dei andre systema Fare for feil eller ukritisk bruk av elektroniske meldingar BTI må takast i bruk der det er aktuelt	Følgja med på utviklinga Få på plass avvikssystem som fungerer Melde avvik ved feil bruk Evaluere bruk på samarbeidsmøta	Teke til handlingsplan
Allmennelegeutvalet	Møteplikt for fastlegar, men vanskeleg å gjennomføra den Nyttig kontaktpunkt opp mot alle fastlegar	Årleg møteplan 4-6 møter årleg Reklamera for utvalet	Halda fram
Samarbeidsutvalet SU (mellom legar og kommune)	SU blir ikkje nytta systematisk i tråd med sentral avtale Legane meldar sjeldan saker til SU Brukarmedverknad i samarbeid mellom fastlegar og kommunar	Møte min. 2 gonger i året Nytte SU meir i tråd med avtaleverk Setja av møte/del av møte og tema der brukarrepresentant kan ta del	Halda fram
Samhandling med HF	Legane lite involvert i utforming av avtalar PKO med i Områdemøta	Involvere legane ved revisjon av samarbeidsavtaler Nytte avvikssystemet	Teke til handlingsplan

10. Organisering og leiing

Agenda Kaupang ga ut ein rapport i 2016, på oppdrag frå KS: «*Kommunal legetjenestekan den ledes?*» Rapporten konkluderer med at leiing av legetenesta ikkje blir prioritert av kommunane på same måte som andre deler av helse- og omsorgstenesta, og at det er store skilnader mellom kommunar når det gjeld organisering, oversikt over styringsdata og oppfølging av fastlegane.

Ei kvalitativ studie («*Shepar I, Sjøvik H, Karevold KI et al. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study*» (2017)) indikerer at fastlegar i liten grad opplever at dei er involvert i planlegging av kommunen sine helsetilbod.

Stord kommune er organisert med Rådsmannen si leiargruppe med stab og einingar. Kvar eining har definerte oppgåver og einingsleiar har vide fullmakter gjennom delegasjonsreglement og leiaravtalen. Legetenesta er ikkje samla i ei eining. Fastlegeavtalane og dei fastløna fastlegane ligg administrativt under kommunalsjef. Dei kommunale deltidsstillingane er organisert i line i den eininga den aktuelle tenesta høyrer til, t.d. sjukeheim eller helsestasjons-/skule-helseteneste. Kommuneoverlegen er organisert i stab og har rådgivande funksjon i høve helsetenesta i kommunen.

Kommunane står fritt til å organisere dette slik det er mest høveleg. Det vil vere ulike føremoner og ulemper ved begge modellane (sjå tabell).

	Organisert i eiga legeeining	Organisert i linje i tenesta
Føremonar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Betre forståing for heilskapen i legetenesta 2. Sikre rett til naudsynte kurs/ vidare- og etterutdanning 3. Alternere mellom ulike delfunksjonar som ledd i utdanning/spesialisering 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Betre integrert i tenesta 5. Tettare samarbeid med leiing i tenesta 6. Meir effektiv drift- synleggjere samband mellom ressurs og kostnadar 7. Instruksjonsmynde 8. Del av tverrfagleg fagmiljø
Ulemper	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lita driftseining i høve personal-, kommunale prosessar og budsjettoppfølging m.a. 2. Manglande leiarforankring for legerolla i tenestene/einingane 3. Ineffektiv bruk av ressurs 4. Ikkje involvert i fagutvikling og på systemnivå 5. Krev tett samarbeid mellom leiar for legetenesta og leiarar av dei aktuelle verksemder 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manglande innsikt i fastlegeverksemda og prioriteringsbehov 2. Meir sårbart ved fråvær, særleg ved store stillingar 3. Ved mellombels stillingar/vakansar eller ved alternerande oppgåver er det ikkje naturleg å legge administreringapå ulike tenester (t.d. LIS).

Fastlegane i gruppa meiner kommuneoverlege bør ha større mynde i kommunal organisasjon og utover det å vera medisinsk fagleg rådgjevar. Det bør vera ein einingsleiarfunksjon for fastlegeordninga og anna allmenntmedisinsk arbeid. Dette kan ev. kombinerast med kommuneoverlege eller vera 2 deltidsstillingar. Den som leiar fastlegeordninga bør gjerne vera fastlege og spesialist i allmenntmedisin.

I Stord kommune har einingsleiarane stort sett fulle stillingar knytt til administrasjon og leiing. Dette er viktig for kompetanse, tilgjenge og samarbeid og oppfølging av leiaravtalane. Fastlegeordninga er regulert av eit særskilt og detaljert forskrifts- og avtaleverk. Den byggjer i stor grad på individuelle avtalar om næringsdrift og krev i liten grad kommunale prosessar kring dagleg drift. Endring av organisatorisk tilknytning for legetenesta må tilpassast den aktuelle organiseringa i kommunen. Leiinga får gjerne eit anna innhald enn det som er tilfelle i andre einingar.

Status

Dei er etablert samarbeidsutval (SU) og allmennlegeutval (AU) som er reiskapar for å ta i vare samhandlinga mellom fastlegane, kommunen og einingane i kommunen. Kommuneoverlegen er sekretær for SU.

Stord kommune har deltidsstilling for kontorfullmektig til administrasjon av legeteneste, daglege-vakt og av kommunalt tilsette medarbeidarar i legetenesta. Økonomioppfølging er lagd til fullmektig i økonomiavdelinga som og har liknande oppgåver i høve Sunnhordland Interkommunale legevakt (SIL). Desse rapporterer til kommunalsjef. Kommuneoverlege er fagleg rådgjevar i høve rekruttering, utvikling og prioriteringar som gjeld legetenesta

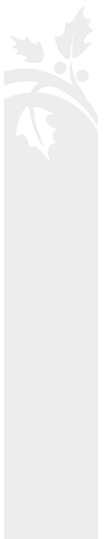
Generelt om leiing og fagleg innverknad

Føremål med val av modell for leiing og organisering skal vere å yte gode og tidsmessige tenester, med godt fagleg nivå og god service. Leiing av legetenesta må takast i vare gjennom tydelege leiarliner og avtale. Ei problemstilling innafor helsetenesta vil vere at person/ar med leiarfunksjon ikkje har den fagspesifikke detaljkunnskapen om det ein er leiar for. Ved val av modell må det takast omsyn til at den medisinsk faglege kompetansen vert integrert ved utøving av leiing, men og at andre faglege perspektiv blir teke i vare (helsesekretær, sjukepleiar, bioingeniør mv). Legen er, på individnivå, sjølvstendig i sine val og prioriteringar i utøving av legetenesta. Legesentra er sjølvstendige næringsverksemdar. Ytre rammer for desse vil vere fastsett i lover og forskrifter i tillegg til gjeldande faglege rettleiarar.

Overordna leiing og organisering av fastlegetenesta

Rådmannen avgjer organisering av tenestene i kommunen. Leiingslinjer skal gå frå rådmann, kommunalsjef og til leiar for legetenesta. Leiar skal leggje til rette for kvalitetsutvikling og kontinuerleg forbetningsarbeid samt sikre effektiv drift og service i tenestene. Kommuneoverlege og leiar for legetenesta må vere aktive samarbeidspartnarar for ev. leiar av dei einskilde legekontora. Funksjonar og ansvar må klargjerast nærare (jf. nedanfor).

Fastlegetenesta grip over fleire sektorar og samhandlar med dei fleste tenestene i kommunen og med spesialisthelsetenesta. Tenesta har i så måte likskap med fysioterapitenesta og ergoterapitenesta. Ein kan i framtida tenke ei liknande rolle for psykologar og ernæringsfysiolog i kommunen på systemnivå. Administrativ plassering er ikkje avgjerande for samarbeid, men gjer ofte samarbeidet lettare. Ei administrativ tilknytning i ei felles eining for desse yrkesgruppene vil kunne gje betre tverrfagleg innsats



og teamarbeid, både i behandling og i førebygging, og bør vurderast som ei mogleg løysing.

Leinga skal generelt syte for innsikt og integrering av faglege vurderingar som grunnlag for val og prioriteringar. Fastlegane må sikrast naudsynt autonomi, og leiar må understøtte legane sitt sjølvstendige ansvar for pasientbehandlinga. Samstundes må leiar vere ein pådrivar og leggja til rette for kontinuerleg forbetningsarbeid, og for utarbeiding av gode samarbeidsreiskapar som verkar. Leiar må leggja til rette for gode relasjonar mellom legetenesta, andre tenesteytarar i kommunen og spesialisthelsetenesta, og kunne fungere som eit bindeledd på overordna nivå. Leiar må kunne formidle statlege og kommunale byråkratiske og juridiske endringar som er viktige for fastlegane å kjenne til, og kunne formidle fastlegane sine behov og utfordringar inn mot kommuneadministrasjonen. Leiar må kunne samarbeide med fastlegane om viktige kunnskapsparameter, og sikre at fastlegetenesta er del av eit heilskapleg arbeid for betring av helsetilstanden i befolkninga.

Medisinsk-fagleg rådgjeving i fastlegetenesta

Kommunalsjef har overordna ansvar for å sikre utvikling og ressursstyring på desse områda. Kommuneoverlegen har overordna funksjon som medisinsk fagleg rådgjevar for kommunen. Kommuneoverlegen skal, innan nærare fastsette rammer, utøva fagleg utvikling av tenestene innafor område som gjeld overordna kvalitets- og systemarbeid.

Leing av fastlegetenesta

Leing av fastlegetenesta i kommunane er ofte mangelfull. Det er ikkje sett av ressursar til dette i fastlegeordninga. Det er eit omfattande avtaleverk knytt til næringsdrift for den einskilde fastlegen som vert ført over til drift av legesentra. Fastlegeforskrifta gjev retning for drifta og har ei rekkje kvalitetskrav som må stettast. Kommunen har eit systemansvar i høve dette.

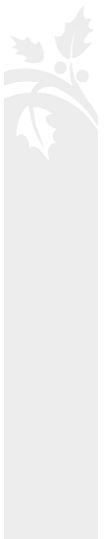
Det kan såleis vera aktuelt med ein eigen leiar for fastlegetenesta. Fastlegane meiner at denne kan kombinerast med ein ev. kommunal funksjon etter mønster av Praksiskonsulentordninga (PKO) i sjukehusa. Denne skal syta for god samhandling mellom fastlegene, einingar og tenester i kommunen og mot tenesta i helseføretaka.

Leiar for legetenesta vil då få ansvar for dei oppgåvene som er skal ivareta av kommunen knytt til m.a. utvikling, drift, økonomi, personell/kompetanse og HMS. Vidare skal leiar involverast i utarbeiding av, og oppfølging av fastlegeavtalar. Leiar, ev. den som er tillagt ansvar for det, skal leggje til rette for medarbeidarar ved legetenesta og vere pådrivar for utvikling av gode tenester for pasientar som oppsøker verksemda.

Leiar av fastlegetenesta må ha hovudansvar retta mot dagleg drift, men må også vere ein aktiv medspelar og initiativtakar i høve utvikling av tenesta saman med kommunalsjef, medisinsk-faglege rådgjevarar og leiarar ved dei einskilde legesentra.

Leing av kommunale delstillingar

Etter innføring av samhandlingsreforma har mange kommunar satsa på større stillingsprosentar i helseinstitusjonar enn dei 10-20%-stillingane som til vanleg er knytt til legar i fastlegepraksis. Dette har vorte naudsynt m.a. grunna sjukare pasientar krev meir kontinuitet i oppfølginga. I større kommunar er det vanleg med sjukeheimslegar i



100% stillingar. Slike stillingar er naturleg ein del av institusjonen og organisatorisk underlagt leiinga i institusjonen, men har eige medisinsk-fagleg ansvar.

Tilsvarande vil gjelde førebyggjande helsetenester, både i helsestasjon, skulehelseteneste og frisk-livs-arbeid. Kva som er naturleg organisatorisk plassering vil vere avhengig av storleik på stillingar, kontinuitet, og type verksemd stillinga er knytt til.

Talet på legar knytt til ei verksemd er òg viktig samt storleiken på kommunen. Organiseringa må sikre vikarordning i ferier og ved anna fråvær. Fleire legar i same eining må ha høve til fagleg samarbeid.

Det må leggjast til rette for at legar i spesialisering (LIS 1 og 3) kan gjere teneste i institusjon som del av utdanninga.

Nokre funksjonar, som t.d. migrasjonshelse, smittevern eller psyko-sosialt kriseteam er ikkje naturleg knytt til eksisterande einingar.

Leiing av fastlegekontor

Det medisinske fagfeltet blir meir og meir spesialisert. Allmennlegane er forventa å ivareta breiddekompetansen. Vi må framover rekne med auke i krav til dokumentasjon av kvalitet, og brukarmedverknad på individ- og systemnivå, mellom anna gjennom journalsystem som er tilgjengelege for pasienten. Innføring av kommunalt pasientregister og elektronisk samhandling vil ha fokus på kvalitetsparameter og datainnsamling. Det krev ei medvite haldning til leiing av legekontora i framtida. Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta inneber eit skjerpa krav om heilskapleg og fagleg leiing og utvikling av tenestene.

Leiing av legekontor inneber mellom anna følgjande oppgåver:

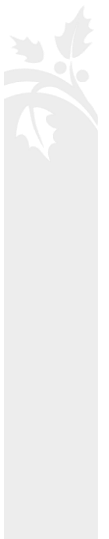
1. Utarbeiding og oppfølging av internkontrollsystem
2. Personalansvar
3. Administrative oppgåver
4. Oppfølging av nasjonale føringar og faglege retningslinjer
5. Informasjonsarbeid og pasientmedverknad
6. Mottak og integrasjon av nye legar og medarbeidarar
7. Strategisk planlegging
8. Samhandling med andre aktørar

Legekontor som har full privat drift, må ha ein organisering som tek i vare heilskapleg leiing i tråd med lover og forskrifter. Selskapet vel sjølv modell for leiing, drift og organisering, jf. punkt 4.8 om driftsformer ved legekontora.

Det er ikkje sett av ressursar sentralt i fastlegeavtalane som er knytt til administrasjon og leiing av fastlegesenter.

Organisering og leiing- utfordringar og tiltak

Legetenesta/fastlegane har ulik organisatorisk tilknytning i kommunane. Det juridiske ansvaret for drift av kontoret vil variere. Det må sikrast at kvart legekontor vert drive i tråd med regelverk og god fagleg standard. Drifta må vera tilpassa den faglege utviklinga og krav i lov og forskrift. Kommunen har ansvar for at sjølve fastlegeordninga er forsvarleg og å gi innbyggjarane dei tenestene dei har krav på. Kommuneoverlegen har eit særskilt ansvar for å sjå til at fastlegeordninga held ein god fagleg standard.

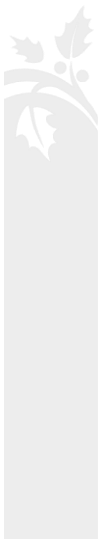


I deltenestene må val og prioriteringar gjerast innan dei formelle, faglege og økonomiske rammer som til ei kvar tid er gjeldande for einingane.

Det vert mest tenleg å vidareføre dagens organisering med offentlege allmenmedisinske deltidsstillingar knytt til einingane. Planen bør likevel føra til ein gjennomgang av dei offentlege allmenmedisinske oppgåvene i høve disponering av ressurs og legar i deltidsstillingar.

Det trengst ei drøfting av organiseringa av legetenesta i høve einingsstrukturen i Stord kommune. Det kan tenkjast ei eining med definerte oppgåver i høve fastlegeavtalane, fastløna fastlegar, smittevern, beredskap, miljøretta helsevern og ev. andre oppgåver. Dette krev truleg kommuneoverlege i full stilling og nokre med deltidsfunksjon som tek i vare nokre av desse oppgåvene. Utøving av oppgåvene kan fordelast på fleire, men det bør ikkje vera for mange/små stillingar.

Det er forventingar til Handlingsplan for fastlegeordninga som skal koma i 2020. Drøftinga vidare må knytast opp mot innhaldet i denne. Det gjeld ei rekkje moment som er nemnde i samband med rekruttering, kompetanse og leiing i fastlegeordninga. I tillegg er det forventingar til utvikling av legevakt og beredskap og tiltak i samhandlingsfeltet mellom kommunar og helseføretak.



Oppsummering – utfordringar og tiltak med vurdering og prioritering

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Leiging av legeværksemda	Leiging av legetenesta høver dårleg inn i einingsstrukturen i Stord Ny modell for leiging og organisering må fastsetjast	Rådmannen fastset modell for overordna leiging og organisering av legeværksemda, basert på føringar i plan for legetenesta Det skal i eit 2 års perspektiv gjennomførast ei utgreiing av om det vil vere føremålstenleg å organisera legetenesta saman med andre tenesteområde.	Rådmannen avgjer
Rådgjeving i fastlegeordninga	Fagleg rådgjeving krev innsikt i fastlegearbeidet, legitimitet i fastlege-gruppa og samarbeid med kommunale helse- og omsorgstenester og lokalt helseføretak Det må sikrast eit grunnlag for etterleving av krav i Fastlegeforskrifta Kommunal PKO-ordning	Kommuneoverlegen er tillagt funksjon som overordna medisinsk rådgjevar for legetenesta Kommuneoverlegen skal formidle viktig informasjon frå lokale og sentrale mynde til fastlegane og frå fastlegane til kommunen PKO-kommune kan kombinerast med denne stillinga	Einingsleiarfunksjon må greiast ut. Delegering av fullmakter Teke til handlingsplan
Leiging av legekontor	Treng tydeleg leiging og medisinsk-fagleg grunnlag for rådgjeving Dette må vera tilpassa kvart kontor Ressursmangel	Det må fastsetjast tydeleg modell for leiging, og integrasjon leiging og fagleg ansvar/medverknad ved det einskilde legekontor	Dei ulike praksisane gjennomgang og rapportering Teke til handlingsplan
Allmenntidssjanske deltidssjanske for fastlegar	Dårleg forankring i tenestene	Tenestene ansvar for betre integrering Ta del i faglege fora Vurdere organisering innan komande 2 år	Teke til handlingsplan
Allmenntidssjanske stillingar utan fastlegeavtale	Knytt til institusjon. Organisatorisk og fagleg leiging Sjueheimslegar, IDA/SIL, kommuneoverlege	Framleis knytt til einingane Tilknytting til stab Ta del på leiarmøte/lagmøte Ta del på faglege og sosiale arrangement	
Framtidig overordna organisering av legetenesta	Eiga eining eller del av større verksemd	Det skal vurderast om det er føremålstenleg at legetenesta vert organisert som eiga eining eller saman med andre relevante tenester i Stord kommune for å oppnå betre leiging og samla ansvar	Rådmannen avgjer Teke til handlingsplan

11. Økonomi

Plan for legetenesta synleggjer utfordringsområder og har nokre framlegg til tiltak. Planen har mange tiltak som ikkje krev vesentleg auke av økonomiske ressursar. Personale med god, oppdatert kompetanse og mål om å leggja til rette for spesialisering er truleg det mest kostnadskrevjande tiltaket. Vikarordningar og rekruttering vil gje utføresette utgifter. Planen viser forventa og utvikling og gjer framlegg om strategi for å møte den. Tiltak som krev styrka økonomi må fremjast gjennom ordinære budsjettprosessar i årsbudsjett og strategi i langtidsbudsjett.

Ei rekkje av problemstillingane er tekne fram i sentrale drøftingar innafor tre-partsamarbeidet mellom KS, DNLF og Staten. Det er forventa tiltak som legg til rette for ordningar i kommunane.

Evalueringar viser at kommunane i gjennomsnitt i dag ber 30 % av kostnadene i fastlegeordninga som i utgangspunktet skulle finansierast gjennom overføring i rammetilskotet. Det er betydelege skilnader mellom kommunane knytt til trong for kvalifisert personell for stetting av lovkrav og pasientrettar.

Økonomi knytt til ulike driftsformer

Legestillingar skil seg frå dei fleste andre kommunale stillingar ved at legane også direkte genererer statlege refusjonar. Desse er for den einskilde legen, avhengig av listestorleik og talet på konsultasjonar som legen har, profilen på praksisen og om legen er godkjent spesialist.

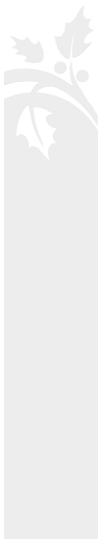
For næringsdrivande legar som driv sitt eige kontor, vil inntekta auke med aukande listestorleik og pasientkontakt, noko som gir eit økonomisk insitament for å jobbe mykje. For kommunen vil kostnaden vere lik tilskotet per pasient som er fastsett i sentrale avtalar, og som ligg i rammetilskotet til kommunen. Ved lovfesta permisjonar vil det i første rekke vere legen som skal rekruttere vikar, men dersom det ikkje lukkast, har kommunen ansvar for å sikre lege i fastlegeheimelen. Dette kan gje betydelege kostnader for kommunen.

Fastlegane i gruppa meiner at ein strategi med fleire fastlegar i samarbeid om drift, kan gje mindre trong for vikardekking ved frå-ver ved at legane dekkjer opp for kvarande.

Næringsdrift gjer at legane får arbeidsgjevaransvar, driftsansvar, økonomiske plikter kombinert med avgrensa rett til sjukepengar ved eigen eller barns sjukdom. Dette kan, for nyutdanna legar i etableringsfase, vera krevjande. Det er truleg ein vesentleg grunn til at det er vanskeleg å rekruttere legar til næringsdrift. I tillegg kjem at ein som regel må kjøpe seg inn i praksisen.

For kommunen vil det føre til høge kostnader dersom ein ikkje får tilsett fast lege, og kommunen må dekke vikarutgifter og driftskostnader.

Ved kommunal leigeavtale for næringsdrivande legar får kommunen i prinsippet dekkja kostnadene gjennom ei månadleg leige frå legen, dersom det ikkje er naudsynt å subsidiere drifta av rekrutteringsomsyn. Legen slepper administrative oppgåver knytt til drift av kontoret og arbeidsgjevaransvar. Inntekta vil auke med auka listelengde og tal på konsultasjonar. Dette kan vera eit grunnlag for å ta på seg ansvar for ei større liste og tøya arbeidstida. Legen vil ha avgrensa rett til sjukepengar og pensjon.



For fastlønna legestillingar gjeld offentleg regelverk. Legane skal arbeide ei normalarbeidsveke, vert med i pensjonsordning og har rett på sjukepengar og ferieordning som andre tilsette. Kommunen vil ha inntekter knytt til listestorleik og tal på konsultasjonar. Det ligg ingen økonomiske insentiv for legane i å ha stor liste, og dei kan ikkje påleggast større liste enn det som gir forsvarlege tenester innanfor normal arbeidstid.

Allmennt medisinske legearbeid i deltidstillingar

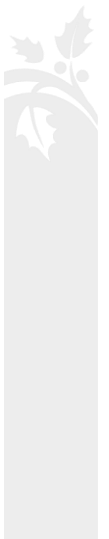
Allmennt medisinske deltidstillingar er lønna som andre kommunale stillingar med fast løn. I tillegg får næringsdrivande legar kompensasjon for fråvær frå praksis (praksiskompensasjon) på grunn av at dei har driftsutgifter også når dei er borte frå kontoret. Bruk av legar i ulike verksemdar må vurderast på bakgrunn av krav i lov og forskrift, trong for legeressurs i tenesta og nytteverdi. Finansiering av legeressurs må ha samanheng med den totale ressursbruken i tenesta, og legeressursen må nyttast kostnadseffektivt, sjølv om budsjettansvar kan vera i ei anna teneste. Stord har tradisjonelt nytta lite legeressursar i deltidstillingar.

Rekruttering/stimuleringstiltak

Økonomiske hinder for å rekruttere til driftsavtalar er kjøpesum (pris for praksisen) og driftskostnader. Driftsinntekt er avhengig av listestorleik, tal på konsultasjonar og eventuell spesialistgodkjenning som gjev rett til eiga takst i normaltariffen. Unge legar i etableringsfasen vil normalt trenge noko lengre tid pr. pasient i starten, har gjerne omsorgsoppgåver som gjer at dei ikkje kan jobbe lange dagar, og har ikkje spesialistgodkjenning. Samla sett gir det vesentleg lågare inntekspotensiale.

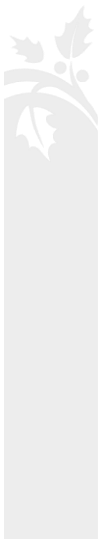
Moglege stimuleringstiltak kan vere:

1. Fast løn i staden for næringsdrift, eventuelt for ei avgrensa periode
2. Subsidiert driftskostnader for ei avgrensa periode
3. Overtaking av liste utan å måtte betale inngangssum. I så fall må det gjerast avtale om at ein heller ikkje kan krevje betaling ved sal av lista, då det vil hindre rekruttering i neste omgang
4. Rett til løn under kurs og dekning av kursutgifter i samband med spesialistutdanning
5. Fastlønna lege får halda ei viss prosent av innteninga, for å stimulere til auka aktivitet og auka listestorleik
6. Tilbod om arbeid for ektefelle/partnaren kombinert med sikra barnehageplass
7. Program («Kom Heim») for studentar og legar i LIS-1 stillingar frå Sunnhordland og generell marknadsføring av allmennt medisin som framtidig yrkesval
8. Ordning for utdannings-/studiepermisjon knytt til ansiennitet



Fastlegane har i tillegg følgjande framlegg til tiltak:

9. Kommunen kan tilby forhandling med alle fastlegane og få fastsett goodwill-delen av salssum. Kommunen løyser så ut goodwill til legane som ei eingongs-investering i rekruttering. Når ny lege skal overta praksisen, er inngangssummen berre verdien av utstyr. Den lågare investeringssummen kan auke rekrutteringa. Om ikkje alle legane er med på dette, vil dei som er med, få auka sjansen til å rekruttere til sitt kontor.
10. I arbeid med revisjon av fastlegeordninga i Norge er det mykje som talar for at basistilskotet vil bli differensiert, men eit knekkpunkt på ca 900 innbyggjarar på lista. Stord kommune kan vere i forkant at dette, og alt no differensiere basistilskotet.
11. "Kom heim". Det er mange medisinstudentar frå Sunnhordland. Kommunen bør ta kontakt med studentane tidleg i studiet og ev. halde kontakt med dei gjennom studiet. Fastlegar i Stord kan vere "fadder" for studentar. Kommunen kan tilby sumarjobbar og hospitering.



12. Vedlegg

HANDLINGSPLAN 2020-2024

Samla prioriterte tiltak med vurderingar, tidfesting og ansvar for gjennomføring

Fastlegeordninga (4.12)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Rekruttering og kompetanse	Vanskeleg å rekruttere legar med gjennomgått turnus (LIS-1), Legar ventar på plass for LIS1	Opning for ekstra LIS1	Utviding gjev auka kostnad og krev politisk sak. Kostnad 2-300.000 årleg pr. lege	2022	Rådmann
	Byggja lokalt omdøme i høve fastlegeordninga	«Kom heim» samarbeid med anna liknande satsing	Sende skriv til studentar ulike trinn og ev. studie-stader Anna	2020	Personalsjef/ fagavdeling
Lokalisering/dimensjonering av legekontor og organisering av oppgåver	Sårbart med små kontor.	Stimulera til etablering av større (min. 4 legar) kontorfelles-skap	Er sett i verk og må halda fram	2020-21	Kommunalsjef/ Fagavdeling
	Lite reserve-kapasitet ved eksisterande legesenter	Følgje med i senterutvikling med tanke på (re)organisering av fastlegekontor	Er sett i verk	2020-21	Rådmann/Kommunalsjef/ Fagavdeling
	Sosiale skilnader i bruk har samanheng med tilgjenge. Dei som treng tenesta mest nyttar den minst	Kontinuerleg haldningsdrøfting slik at dei rette personane kjem til hjå fastlegen og nyttar denne	Dette krev prosessar saman og i dei einskilde legekontora med haldningsarbeid	2022	AU/SU i samarbeid med aktuelle einingar
Driftsform og finansiering	Manglande rekruttering til næringsdrift.	Omgjering av driftsavtale til fastløn, gjerne mellombels, dersom ein ikkje får rekruttert nye legar Nye fastlegar får fastlønsavtale Følgje med på utvikling nasjonalt som kan tilpassast og ha innverknad lokalt	Kostnad/investering (kjøp av personliste) Kostnad drift Trequ tilgjengeleg kontorfelles-skap Forventa sentrale endringar – tilpassing til desse	2020 Politisk sak Handlings-plan for fastlegeordninga HOD 2020	Rådmannen Kommunalsjef/ Fagavdeling Kommunalsjef/ Fagavdeling

Anna allmenmedisinsk legearbeid (5.12)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Generelt	Kommunen bør syte for god fagleg kompetanse i allmenmedisinske deltidstil-lingar og nytte kompetansen til fagutvikling og kvalitetsarbeid	Det skal utarbeidast stillingsomtale for dei kommunale delstillingane som ikkje har dette	Dei ulike einingane	2021	Kommunalsjef / einingsleiar
	Det er ikkje ordningar for vikar når legen har frå-ver. Dette kan gå ut over kontinuitet og kvalitet i tenesta	Leiar skal stimulere til og leggje praktisk/økonomisk til rette for deltaking på kompetansetiltak innan allmenmedisinsk område så langt råd er	Dei ulike einingane	2021	Kommunalsjef / Einingsleiar
		Kommunen gjer avtale med legar, som etter eige ønske har fått fritak frå allmenmedisinsk arbeid, at dei kan ta del i kortvarig fráværdeknning innanfor ei ramme på 7,5/veke.	Einingane i samråd med tillitsvalde/AU må leggja til rette for drøfting av slikt tiltak	2022	Initiativ frå SU overfor AU
Institusjon	Fleire legar (6) deler på liten (95%) legefunksjon totalt	Arbeide for minst 40% storleik på nokre legestillingar ved kommunale institusjonar	Aktuell eining særleg ved trong for auke i legeressurs ved auke i sengetal og overføring av oppgåver	2021	Styrar sjukeheim og omsorgssenter
	Kortare liggetid på sjukehus gir meir krevjande pasientar til kommunane	LIS-lege dekker 10-20% stilling ved helseinstitusjon fast. (Gjev teljande teneste - ved skifte må det sikrast at annan lege tek over)	Lege må vera aktiv i medisinsk oppfølging og ha høve til hyppig vurdering	2020	Styrar/Fag-avdeling
	Overføring av oppgåver frå HF til kommune	Rehabiliteringsavdeling skal ha lege 2 gonger i veka, knytt til avdelinga	Det må arbeidast for interkommunal bakvakt for legar i helseinstitusjonar	2020	Styrar sjukeheim Leiar rehabilitering og Fagavdeling
	Krav til kompetanse aukar Kontinuitet og tilgjenge i legetenesta	Legen tek del i rehabiliteringsmøte og heimkomst-planlegging Vaktordning for institusjonslegar		2021	Styrar/fagavdelingar i aktuelle kommunar
Helsestasjon	Legetenesta ved helsestasjonen er fragmentert og lite effektivt nytta	Færre, men større stillingsdeler for lege i helsestasjon	Del av eininga si planlegging	2021	Einingsleiar/ Leiande helse-sjukepleiar
	Legane er i liten grad del av det tverrfaglege arbeidet i tenesta	Lege skal vere medisinsk-fagleg ressurs og rådgjevar i tenesta	Del av eininga si planlegging	2021	
Skulehelse-tenesta	Stord kommune treng meir legeressurs i skulehelse-tenesta	Lege som fagleg rådgjevar for helsesjukepleiar og skule	Del av planlegginga i eininga	2021	
	Førebyggjande og helsefremjande arbeid vil i stor grad skje i skulen i framtida	Lege som del av tverrfagleg team i skulehelse-tenesta	Legeressurs må aukast Er delvis sett i verk, men sikrast kontinuitet	2020	Einingsleiar/ Leiande helse-sjukepleiar

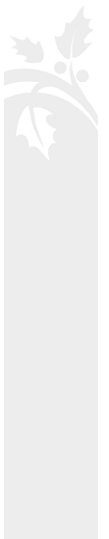
Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Migrasjon og integrering	Migrasjon er i seg sjølv ei risiko for helseproblem, og personar som har flykta frå krig og katastrofar er i særleg risiko Helseproblem knytt til flyktingar og migrasjon krev særskilt kunnskap	Legen tek del i tverrfagleg team på systemnivå og i samansette saker som krev heilskapleg tilnærming Legen får høve til kompetanseheving og fagleg nettverksbygging Det skal lagast retningslinjer for funksjonen	Helsejukepleiar og personell ved mottaket i samråd med aktuell lege legg til rette for kompetanse i migrasjonshelse Krev økonomisk omprioritering/styrking og politisk avgjerd	2022	Kommunalsjefar/ Førebyggjande og RHO i eiga sak – administrativt/ politisk
Frisk-liv	Frisk-livs koordinator eller dei ulike tenestene kan invitere engasjerte legar til å ta del i undervisning eller anna førebyggjande tiltak Frisk-livstilbødet må verta ein del av eit heilskapleg helsetilbod og lærings- og mestringsarbeidet i kommunen Tiltak må marknadsførast	Det skal leggjast til rette for at legar og anna personell i legesenter kan ta del i dette Fastlegane gjev informasjon om Frisklivssentralen til personar med trong for støtte i høve endring av livsstil m.m. Konsulentavtale del av drifta Marknadsføra Frisk-livssentralen	Del av planlegginga Informasjon frå tiltaket Økonomi kan setja grenser for tiltaket Tilbødet må opplevast som permanent	2022	Aktuelle einingsleiarar og leiarar for aktivitets- og rehabiliterings-tiltak
Primærhelseteam	Forsøksordning frå 01.04.2018, men rammevilkåra er førebels ikkje avklara	Stord kommune vurderer førebels ikkje utprøving av primærhelseteam i samarbeid med fastlegane	Initiativ må ev. koma frå det einskilde legesenteret	Venta til seinare rullering	Aktuelt legesenter
Oppfølgingsteam	Fastlegen er ofte «på sida av» dei kommunale tenestene, og ikkje ein integrert del av eit heilskapleg tilbød i einskildsaker Fastlegen har ofte lite kjennskap til anna oppfølging i kommunen Ein reiskap for å retta fastlegetenesta mot grupper som i mindre grad greier å nytta seg av den ordinære fastlegeordninga	Samarbeid mellom fastlege og oppfølgingsteam bør formaliserast tydelegare (t.d. gjennom BTI eller andre system) Gode samarbeidsverktøy, som t.d. elektronisk kommunikasjon og oppdatert informasjonsside Kan retta seg mot barn og unge med lidningar som krev samansett tilnærming, ROP-lidningar, innvandrarar/asylsøkjjarar og utviklingshemma t.d.	Del av planlegging i einingane Det vert gjennomført ved at lege tek del i tverrfagleg oppfølging Utvikling i samråd med fastlegane	2021	AU/SU og aktuelle einingsleiarar saman med fagavdeling RHO

Samfunnsmedisinsk legearbeid (6.11)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Smittevern	<p>Krav om døgnberedskap i gitte situasjonar, t.d. pandemi.</p> <p>Krev fag-kunnskap og kan ikkje løysast innanfor eigen organisasjon.</p> <p>Tverrfagleg samarbeid kring smittevern og tuberkulosekontroll manglar tydeleg leiarforankring (tverr-sektorielt)</p>	<p>Vurdere intensjons-avtale om interkommunaldøgn-beredskap ved visse høve</p> <p>Smittevernlege eigen stilling</p> <p>Det bør tilsetjast lege med ansvar for smittevern i om lag 30% stilling gjerne i samarbeid med nabokommunar.</p> <p>Sikre leiarforankring av smittevern-arbeidet og tuberkulose-kontroll-program</p>	<p>Smittevern i kommunane er i endring og krev kontakt med nye og andre kompetansemiljø enn tidlegare</p> <p>Eige budsjett for smittevern</p> <p>Det er uvisst i kva grad bakgrunn og kompetanse hjå helsesjukepleiar kan stetta krava.</p>	<p>Krev eiga utgreiing 2021</p> <p>Samråding med aktuelle kommunar</p> <p>System for samarbeid med andre aktørar</p> <p>Sikra funksjonen for helsesjukepleiar</p>	Førebyggjande tenester og Fagavdeling
Rådgeving	<p>Kommuneoverlege er organisert under fagavdeling RHO for rådgeving til strategisk leiargruppe og dei andre kommunale einingane på leiarnivå</p> <p>Ikkje formelt mynde ut over det som går fram av lov og delegasjonsreglementet</p>	<p>Kommuneoverlege inngår i rådmannen sitt rådgevarteam</p> <p>Kommuneoverlege er organisert i stab til kommunalsjef</p>	<p>Det er slik funksjonen er i dag.</p> <p>Dette bør gjerne greiast ut i eiga sak knytt til framtidig organisering og leiing</p>	<p>Funksjonen treng truleg betre formell avklaring</p> <p>2023</p>	Rådmann/ Kommunalsjef
Folkehelsearbeid	<p>Fagområdet krev tverrfagleg kompetanse og teamarbeid</p>	<p>Det er oppretta tverrfagleg gruppe med fokus på folkehelsearbeidet (Folkehelserådet)</p> <p>Folkehelsearbeidet på styrkast med midlar til konsulentverksemd frå fastlegane</p>	<p>Fastlegar har eit godt innsyn i helsestilstanden hjå folk og kva som påverkar den for ulike aldersgrupper</p> <p>Folkehelserådet må gjera synleg trongen for dette ev.</p>	<p>Det er ikkje løyst korleis fastlegane sitt oversyn og erfaring kan førast over til folkehelsearbeidet og i tverrfaglege fora og tiltak</p> <p>2023.</p>	Rådmann/ kommunalsjefar Folkehelse-koordinator
Helseberedskap	<p>Lege med ansvar for helseberedskap er involvert i planlegging</p> <p>KKL utan fast helsefagleg kompetanse men tilgjengeleg</p> <p>Samarbeid med Helseføretaket om tenesteavtale 11 (Helseberedskap)</p>	<p>Samfunnsmedisinsk kompetanse viktig i beredskapsarbeid og KKL</p> <p>Årshjul for beredskapsøvingar</p> <p>Etablert Beredskapsforum</p>	<p>Det er gradvis overgang mellom akuttmedisin utafør sjukehus til helseberedskap og krisearbeid.</p> <p>Legefagleg kompetanse er viktig aktør i planlegging og utøving av funksjon innafør dette området</p>	<p>Del av helse- og omsorgs-samarbeidet mellom kom-munar og føretak i tillegg til kommunal ROS-analyse og beredskapsplanlegging.</p> <p>2021</p>	Rådmannen/kommunalsjef

Anna legearbeid (7.3)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Rådgjeving i inntaksmøte	Lege skal kunna gje objektive råd Funksjonen er no knytt til sjukeheimslege med størst stilling	Ordninga held fram Det må setjast av ressurs til dette tilsvarande om lag 1 ½ time i veka	Medisinske vurderingar kan vera viktige i tildelingssaker	2021	Sjukaheim- styrar/ leiar tildelingskontor
Utviklingsarbeid og samhandling knytt til prosjekt m.m.	Fastlegerepresentasjon vert rekruttert frå ulike kommunar, deltaking frå Stord kommune vil variere	Tidsavgrensa engasjement vil ikkje automatisk kunna gje fritak for andre oppgåver Sett av midlar til konsulentfunksjon	Fastlegane viktig aktør i dette	2022	Kommunal-sjef



Legevakt og interkommunal døgnavdeling (8.6)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Snøgg hjelp på dagtid kvardagar	Tilgjenge til fastlegesenter på dagtid Trong for legevaktordning som er open på dagtid	Evaluera tilgjenge til fastlege på dagtid Brukarundersøking Legevaktsentralen	Det er tilhøve som talar for og imot open legevaktordning på dagtid Saka krev nøye utgreiing før etablering ev.	2023	AU/SU/Fagavdeling og SIL

Samhandling (9.8)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Informasjon tilgjengeleg på helmesidene	Må oppdaterast Alle tenester må legge ut aktuell informasjon Framandspråk	Påminning på leiarmøte i einingane og lagmøta Praksisane ha fokus på dette Helseføretaket kan takast med	Det må gjerast ein gjennomgang og ei samordning av kva informasjon som er nyttig, etterlyst og aktuell	2020	SU/AU og leiar aktuelle tenesteeiningar
Elektronisk samhandling	HS-pro samhandlar ikkje med dei andre systema Fare for feil eller ukritisk bruk av elektroniske meldingar BTI må takast i bruk der det er aktuelt	Følgja med på utviklinga Samarbeid med IT-avdelinga Få på plass avvikssystem som fungerer Melde avvik ved feil bruk Evaluere bruk på samarbeidsmøta	Det vert rekna med ei stendig utvikling på dette området og ansvaret for å følgja med må fastsetjast	Kontinuerleg 2021	AU/SU, Tidelingskontoret og Fagavdeling RHO Førebyggjande eining
Samhandling med HF	Legane lite involvert i utforming av avtalar PKO med i Områdemøta	Involvere legane ved revisjon av samarbeidsavtaler Nytte avvikssystemet Følgja opp tilrådingar i ny Nasjonal helse og sjukehusplan	Fastlegeordninga har ikkje reiskapar som legg til rette for at fastlegane kan ta del i grupperetta samarbeidstiltak Det må leggjast til rette lokalt slik det er no	Tiltak vil kunna gje økonomiske utfordringar, men dette kan gjerne løysast samla mellom partnarane	Strategisk leiarnivå i kommunar og føretak

Organisering og leing (10.8)

Område	Utfordringar	Tiltak	Vurdering	Prioritering	Ansvar
Rådgeving i fastlegeordninga	Fagleg rådgeving krev innsikt i fastlegearbeidet, legitimitet i fastlegegruppa og samarbeid med kommunale helse- og omsorgstenester og lokalt helseføretak Det må sikrast eit grunnlag for etterleving av krav i Fastlegeforskrifta	Kommuneoverlegen er tillagt funksjon som overordna medisinsk rådgjevar for legetenesta med meir spesifiserte arbeidsområde Kommuneoverlegen skal formidle viktig informasjon frå lokale og sentrale mynde til fastlegane og frå fastlegane til kommunen	Einingsleiarfunksjon må greiast ut. Delegering av fullmakter	2023	Rådmannen
Leing av legekontor	Treng tydeleg leing og medisinsk-fagleg grunnlag for rådgeving Dette må vera tilpassa kvart kontor Ressursmangel	Det må fastsetjast tydeleg modell for leing, og integrasjon leing og fagleg ansvar/medverknad ved det einskilde legekontor	Dei ulike praksisane tek gjennomgang og rapportering	2020	SU/AU
Allmenmedisinske deltidstillingar for fastlegar	Dårleg forankring i tenestene	Tenestene ansvar for betre integrering Ta del i faglege fora Vurdere organisering innan komande 2 år	Fastlegane i gruppa skisserer i planarbeidet ei alternativ løysing der all legeteneste er samla i ei eining	2023	Rådmannen SU/AU
Framtidig overordna organisering av legetenesta	Eiga eining eller del av større verksemd	Det skal vurderast om det er føremålstenleg at legetenesta vert organisert som eiga eining eller saman med andre relevante tenester i Stord kommune for å oppnå betre leing og samla ansvar	Sjå teksten framme i plandokumentet kring dette	2023	Rådmannen

